



HAL
open science

Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même

Yohann Faurre

► **To cite this version:**

Yohann Faurre. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00767624

HAL Id: dumas-00767624

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767624v1>

Submitted on 21 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Rouen
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2012

THESE
Pour le diplôme d'Etat
De docteur en médecine
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 29 Novembre 2012 à Rouen

Par Monsieur Yohann FAURRE
Né le 02 octobre 1982 à Sainte-Adresse (76)

Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Membres : Monsieur le Professeur Benoît VEBER
Monsieur le Professeur Associé Alain MERCIER
Monsieur le Docteur Vincent LEMARIE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christophe GUILLERME

Année Universitaire 2011 – 2012
U.F.R DE MEDECINE – PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoît VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J. BORDE –Ph. BRASSEUR – R. COLIN - E. COMOY – J. DALION – P. DESHAYES – C. FESSARD – J.P FILLASTRE – P. FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET –B. HILLEMAND – G. HUMBERT –J.M JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER – J.P. LEMOINE – Melle MAGARD – MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – Mme A.M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF – J. TESTART – J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P. TRON - C. WINCKLER – L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie Pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine Interne (Gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CPMR	Médecine Physique et de Réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation Médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine Interne (Gériatrie)

M. Alain CRIBIER (surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale / Techniques de Communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique / Médecine – Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie – Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Melle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie / Neurochirurgie
M. Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'Urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie Cytologie Pathologique
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie Infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. Xavier LE LOËT	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Melle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
M. Eric MALLET (surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Melle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie Digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie Générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONIER	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine Légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et Méd. du Dévelop. et de la Reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'Urgence
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Melle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'Adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et Transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie Digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie Génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et Traitement de l'Image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jérémy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme. Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences Humaines – Techniques d'Expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M. Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie Analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation Pharmaceutique et Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Melle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Melle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie Analytique
Melle Marie-Laure GROULT	Botanique

M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie Organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Science du Médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie Thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine Générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine Générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

M. Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN – Hôpital Charles Nicolle

CB – Centre Henri Becquerel

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB – Hôpital de Bois Guillaume

CHSR – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

REMERCIEMENTS

A ma mère, tu aurais été, comme toujours, la plus fière des mamans...

Tu nous manques chaque jour...

*A mon père et mon frère, merci pour votre présence et votre soutien pendant
toutes ces années...*

*A Mélanie, pour ton amour... Pour notre plus beau cadeau que tu portes si
merveilleusement...*

A toi, que je ne peux encore nommer, mais que j'aime déjà tant...

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et d'avoir été mon tuteur durant mes années d'internat. Merci pour votre bienveillance et vos enseignements.

A Monsieur le Professeur Benoît VEBER, de participer à ce jury de thèse. Merci pour votre ouverture d'esprit sur ce travail de Médecine Générale.

A Monsieur le Professeur Alain MERCIER, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci pour vos précieux conseils lors des « tutorats de thèse ».

A Monsieur le Docteur Vincent LEMARIE, de prendre part à ce jury. Merci pour ta relecture critique et constructive.

A Monsieur le Docteur Christophe GUILLERME, d'avoir dirigé cette thèse. Merci d'avoir guidé mes premiers pas en Médecine Générale, merci pour cette passion que tu m'as transmise.

A tous les enseignants de Médecine Générale, à mes Maitres de Stages, à mes co-internes pour avoir chaque jour enrichi ma pratique et pour avoir fait de moi le praticien que je suis aujourd'hui.

SOMMAIRE

Listes des figures	p13
1. INTRODUCTION	p15
1.1. Etat des lieux.	p15
1.2. Le métier de secrétaire médicale.	p16
1.3. Cadre réglementaire.	p17
1.4. Le modèle français de régulation médicale.	p17
1.5. Le parallèle anglo-saxon.	p18
2. MATERIEL ET METHODE	p21
2.1. Type d'étude.	p21
2.2. Population étudiée.	p21
2.3. Moyens d'inclusion.	p21
2.4. Période de recueil.	p22
2.5. Variables étudiées.	p22
2.5.1. Caractéristiques de la population.	p22
2.5.2. Capacités à répondre à toutes les demandes de RDV urgents.	p22
2.5.3. Déterminant de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même.	p22
2.6. Analyse des données.	p23
3. RESULTATS.	p23
3.1. Population étudiée.	p23
3.1.1. Age moyen.	p24
3.1.2. Expérience moyenne.	p24
3.1.3. Formation initiale.	p25
3.1.4. Sexe ratio.	p25
3.1.5. Types de secrétariat.	p26
3.1.6. Répartition géographique.	p26
3.1.7. Types de cabinet.	p27
3.2. Réponses au questionnaire.	p27
3.2.1. Capacité à donner un RDV le jour même à toutes les demandes urgentes.	p28
3.2.2. Agressivité des patients.	p29
3.2.3. Influence de l'agressivité sur l'obtention d'un RDV pour le jour même.	p30
3.2.4. Influence du suivi habituel au sein cabinet.	p31
3.2.5. Facteurs influençant la prise de décision de la secrétaire.	p32
3.2.6. Auto-évaluation des symptômes par le patient.	p33
3.2.7. Evaluation de la confiance dans les propos des patients.	p34
3.2.8. Evaluation de la gêne liée à l'activité téléphonique.	p35
3.2.9. Situation de recours à l'aide du médecin pour la régulation des demandes urgentes.	p36
3.2.10. Facteurs de stress devant une impossibilité à donner suite à une demande de RDV urgent.	p37
3.2.11. Influence de la position d'intermédiaire de la secrétaire entre le patient et son médecin.	p38
3.2.12. Niveau de compétence dans le tri des urgences.	p39
3.2.13. Utilité d'une formation relative à la gestion des demandes urgentes.	p40
3.2.14. Prise de responsabilité lors du tri des urgences et stress lié.	p41
3.2.15. Accès au dossier médical.	p43
3.2.16. Influence de la connaissance du patient.	p44
3.3. Facteurs influençant l'obtention d'un RDV le jour même.	p46
3.3.1. Facteurs liés au cabinet médical.	p46
3.3.1.1. Influence de l'accès au dossier.	p46
3.3.1.2. Influence du type de cabinet médical.	p47
3.3.1.3. Influence du milieu d'exercice.	p48
3.3.2. Facteurs liés à la secrétaire.	p49

3.3.2.1. Influence de l'âge et de l'expérience.	p49
3.3.2.2. Influence du type de secrétariat.	p51
3.3.2.3. Influence de la prise de la responsabilité par la secrétaire et du niveau de compétence.	p52
4. DISCUSSION	p53
4.1. Caractérisation d'une population peu étudiée.	p54
4.2. La régulation des demandes urgentes par la secrétaire, une pratique réelle.	p54
4.3. Les mécanismes de réponses à une demande de RDV non programmé.	p55
4.4. Facteurs influençant la capacité à satisfaire toutes les demandes de RDV non programmés.	p56
4.5. Limite de l'étude.	p58
5. CONCLUSION	p59
Références bibliographiques	p60
Annexe 1 : Questionnaires secrétaires médicales.	p62
Serment	p65
Résumé et mots clés	p66

Listes des figures

Figure n°1 : Répartition des secrétaires en fonction de leur âge.	p24
Figure n°2 : Répartition des secrétaires en fonction de leurs années d'expérience.	p24
Figure n°3 : Répartition des secrétaires selon obtention ou non d'une formation initiale.	p25
Figure n°4 : Répartition des secrétaires selon leur sexe.	p25
Figure n°5 : Répartition des secrétaires médicales selon leur département d'exercice.	p26
Figure n°6 : Répartition des secrétaires médicales selon leur milieu d'exercice.	p26
Figure n°7 : Répartition des secrétaires médicales selon le type de cabinet dans lequel elles travaillent.	p27
Figure n°8 : Parvenez-vous à donner un RDV le jour même à toutes les demandes urgentes ?	p28
Figure n°9 : Trouvez-vous les patients agressifs au téléphone lors de la prise de RDV ?	p29
Figure n°10 : Lors d'une demande de RDV urgent, un patient <u>agressif</u> obtient-il un RDV le jour même ?	p30
Figure n°11 : Lorsque le planning est complet, un patient <u>non suivi au cabinet</u> , obtient-il un RDV le jour même ?	p31
Figure n°12 : Pour vous, comment le patient évalue t-il l'urgence de sa demande ?	p33
Figure n°13 : Avez-vous l'impression que les patients mentent pour obtenir un RDV rapidement ?	p34
Figure n°14 : Estimez-vous que le téléphone soit une barrière pour évaluer le degré d'urgence d'une demande ?	p35
Figure n°15 : Fréquence du recours à la régulation par le médecin selon le motif ?	p36
Figure n°16 : « Il vous est impossible de donner un RDV à une demande que vous jugez pourtant urgente, qu'est-ce qui vous stresse le plus ?	p37
Figure n°17 : Votre travail vous place entre le médecin et son patient. Du fait de cette position, trouvez-vous que le patient vous donne des informations sur sa santé ?	p38
Figure n°18 : Comment estimez-vous votre niveau de compétence dans le tri des urgences ?	p39
Figure n°19 : Pensez-vous qu'une <u>formation au tri des urgences</u> vous serait utile ?	p40
Figure n°20 : Etes-vous amenée à prendre seule des responsabilités lors du tri des demandes urgentes ?	p41
Figure n°21 : Cette prise de responsabilité est-elle source de stress ?	p42

Figure n°22 : Répartition du niveau de responsabilité prise lors de la régulation selon le niveau de stress lié à cette activité.	p42
Figure n°23 : Accès au dossier selon le type de secrétariat.	p43
Figure n°24 : Le fait de ne pas connaître <u>le patient</u> (personnalité, comportement du patient au téléphone) vous gêne-t-il lors du tri des demandes urgentes ?	p44
Figure n°25 : Le fait de ne pas connaître les antécédents du patient vous gêne t-il lors du tri des demandes urgentes ?	p45
Figure n°26 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon l'accès au dossier.	p46
Figure n°27 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon le type de cabinet.	p47
Figure n°28 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon la localisation du cabinet.	p48
Figure n°29 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon l'expérience moyenne des secrétaires.	p49
Figure n°30 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon le type de secrétariat.	p51

1. INTRODCUTION

1.1. Etat des lieux.

Une grande partie de la demande de soins non programmée est prise en charge par la Médecine générale de ville, en 2004 on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. [1]

Les recours urgents ou non programmés constituent 11% de l'activité totale des médecins généralistes de ville. Ils concernent particulièrement des enfants de moins de 13 ans (22% des patients reçus dans ce cadre) et des adultes de 25 à 45 ans (26%). En revanche les personnes âgées consultent plus rarement en urgence, en particulier les plus de 70 ans (17% des recours non programmés alors qu'elles représentent 28% des recours programmés).[1]

Les recours urgents ou non programmés recouvrent un ensemble de situation large et divers :

- Urgences médicales repérées comme telles par le médecin
- Recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet
- Recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »

Il est intéressant de constater que si la part des recours urgents ou non programmés dans l'activité des médecins généralistes de ville reste assez faible en volume, elle constitue une source importante de mécontentement ou de stress professionnel. Ainsi dans une profession où « La question de l'appropriation du temps (« je gère mon temps ») est importante » et où « beaucoup de médecins affirment apprécier leur métier car c'est une profession libérale qui permet une liberté d'action et d'organisation » [2], les recours urgents ou non programmés apparaissent nécessairement comme une contrainte forte.

Alors que beaucoup d'études se sont attachées à décrire, de manière descriptive, les critères déterminant les demandes de recours urgents ou non programmés, peu d'étude ont été réalisées sur la première étape de l'accès aux soins urgents dans les cabinets médicaux de médecine générale : l'activité de régulation de la secrétaire médicale.

1.2. Le métier de secrétaire médicale.

La première définition réglementaire du métier de secrétaire médicale est assez récente puisqu'elle date du 27 Décembre 2004 [3] , arrêté révisé en 2007[4].

La dénomination complète du poste est donc celle de « secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e) ». Pour des raisons de simplicité et de clarté je continuerai d'employer le terme « secrétaire médicale » dans cette étude. Le rôle de la secrétaire médicale est donc « d'assurer les travaux courants de secrétariat et assister une équipe et d'assurer le traitement administratif dans un service médical ou social. » [4] . Ceci inclus la gestion des appels téléphoniques ainsi que l'accueil des patients.

La formation des secrétaires médicales peut être sanctionnée par des certificats de compétences professionnelles (CCP) dans les conditions prévues par l'arrêté du 25 novembre 2002, ils ne sont néanmoins pas obligatoires pour l'exercice de la fonction. Elles sont soumises au secret professionnel (art. R. 4127-72 et L. 1110-4 du code de la santé publique, art. L. 162-2 du code de la sécurité sociale) dont le respect est garanti par le code pénal (art. 226-13).

Dans les faits on retrouve actuellement dans les cabinets de ville un grand nombre de secrétaires médicales sans formation spécifique du fait d'un début d'activité avant la création de ce cadre réglementaire et donc avant la mise en place de formations certifiées.

On retrouve au sein de cette profession une très large majorité de femme occupant essentiellement des postes à temps partiel [5]. Les principales motivations des femmes choisissant une carrière de secrétaire médicale sont l'aide apportée aux patients, les relations humaines avec les patients ou les praticiens, la variété des tâches qui leur sont demandées et enfin la satisfaction de se sentir utile dans son travail [5]. On voit dans ces sources de motivations une des composantes essentielles du rôle de la secrétaire médicale au sein des cabinets de médecine générale : la gestion de l'organisation de la vie quotidienne des cabinets. Ceci implique une forte présence des relations humaines qu'elles soient tournées vers l'écoute des patients ou vers le dialogue avec le praticien. Les secrétaires médicales ont donc un vrai rôle complexe d'intermédiaire entre des patients toujours désireux de parler ou de rencontrer leur médecin et des praticiens souhaitant que le colloque singulier de la consultation médicale ne soit pas interrompu.

Les sources d'insatisfaction dans le travail des secrétaires médicales sont très liées à ce rôle : difficultés relationnelles avec les patients (chez 88% des secrétaires), problèmes de gestion des rendez-vous (29%) et mauvais vécu du rôle d'intermédiaire (29%) [5]. Ces trois causes sont évidemment très liées entre elles, les difficultés dans les relations avec les patients étant dans une large majorité des cas dues au rôle de régulateur joué par la secrétaire médicale.

Il m'est donc paru important d'essayer de comprendre quels sont les mécanismes de ce qui constitue à la fois une source de mécontentement pour les patients, de stress pour la secrétaire médicale et d'insatisfaction des médecins généralistes de ville : la gestion des demandes de rendez-vous urgents ou non programmés en médecine générale.

1.3. Cadre réglementaire.

Il est pour le moins complexe de parler de « régulation » des demandes de recours urgents ou non programmés car si dans la pratique un tri est fait à chaque demande par la secrétaire médicale, d'un point de vue légal rien ne définit précisément le cadre dans lequel cette pratique s'effectue.

La Haute Autorité de Santé a récemment mis à jour ses recommandations en matière de régulation dans le cadre de la permanence des soins [6] mais il n'existe à ce jour aucune recommandation dans le cadre de l'activité de la médecine libérale de ville.

Ainsi si l'arrêté du 10 décembre 2007 portant révision de l'arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e), définit les

« tâches courantes habituellement dévolues aux secrétaires-assistant (e) s [...] gestion des appels téléphoniques », l'activité de régulation médicale, c'est-à-dire la réception et la gestion des appels à caractère médical urgent reste un réel acte médical à distance.

On voit bien ici une opposition entre une pratique courante qui veut que les demandes de recours urgents ou non programmés soient réceptionnées et traitées par la secrétaire médicale, sous la responsabilité du médecin, alors que le cadre réglementaire serait plus en faveur d'un traitement direct par le médecin.

1.4. Le modèle français de régulation médicale.

Le système de soins français a mis en place un tri des demandes de soins urgentes dans le cadre de la permanence des soins. Il existe deux pôles de régulation : l'un hospitalier assuré par le SAMU-Centre 15, l'autre libéral. Ces 2 pôles fonctionnent en parallèle et présentent des éléments communs. La première étape de la régulation est commune, assurée par une permanencière auxiliaire de régulation médicale. Cette « secrétaire médicale » spécialisée dans le triage des demandes urgentes exerce son activité au sein des locaux du SAMU-Centre 15, elle est formée spécifiquement à la gestion de ces appels. Elle a pour objectif de recueillir des informations auprès du patient permettant une identification de la situation clinique, d'attribuer un niveau de priorité de régulation médicale et de transmettre la demande au médecin régulateur du SAMU ou à celui de la permanence des soins libérale.

L'étape de régulation est donc ensuite gérée par un médecin spécifiquement formé à la gestion des demandes urgentes. Après identification de la situation clinique il peut proposer une réponse médicale adaptée : envoi d'une équipe SMUR, envoi d'un véhicule de secours aux victimes ou d'une ambulance, consultation auprès du médecin généraliste libéral de garde dans une maison médicale ou simple conseil médical.

Dans le cadre de cette activité chaque conversation téléphonique est enregistrée et chaque dossier est tracé informatiquement.

1.5. Le parallèle anglo-saxon.

Pour différentes raisons, notamment de structure de l'offre de soins, les anglo-saxons se sont intéressés très tôt aux difficultés de prise en charge des demandes de rendez-vous urgents ou non programmés dans les cabinets de médecine générale. Ainsi dès 1974 une étude montrait que la gestion de ces demandes était un des problèmes majeurs soulevé par les patients [7].

Des études ont donc été menées au Royaume-Uni afin d'étudier comment réduire l'impact des demandes de rendez-vous urgents ou non programmés dans l'activité des médecins généralistes. Deux voies ont été explorées : l'impact d'une régulation téléphonique de ces demandes par le médecin généraliste lui-même et l'impact de la régulation par des infirmières « séniors ».

La régulation des demandes de rendez-vous urgents ou non programmés par le médecin généraliste lui-même a été évaluée via la prise des appels téléphoniques des patients.

La majorité des études montre une réduction très importante du nombre de consultations non programmées au cabinet, de l'ordre de 40% avec une durée de prise en charge téléphonique de 2 minutes [8]. La réduction des consultations en face à face avec le médecin généraliste se faisait via la dispensation d'un conseil médical ou la réalisation d'une ordonnance sans consultation directe [8]. Le taux de satisfaction de patients pris en charge via cette méthode était largement positif puisque 98% d'entre eux se déclaraient satisfaits et que 84% espéraient bénéficier du même système à l'avenir. L'impact sur le taux de re-consultation pour le même problème de santé et l'impact sur l'activité des services d'urgences n'a pas été évalué avec cette méthode de triage.

La régulation des demandes de rendez-vous urgents ou non programmés par une infirmière spécialisée a été largement évaluée du fait de la place et du rôle accru de ces dernières dans les cabinets médicaux anglais. L'impact de ce mode de régulation sur le nombre de rendez-vous pour le jour même est important avec une réduction de leur nombre de 29 à 40%, au prix cependant d'une augmentation de la charge de travail des infirmières que ce soit par la prise des appels (augmentation de la durée moyenne des appels de 1.70 minutes) ou par l'augmentation de leurs consultations en face à face [9]. On note également lors de la mise en place de ce mode de triage une augmentation faible, mais significative, de nombre de re-consultations pour le même problème de santé, une augmentation de l'activité des structures d'urgences ainsi qu'un faible accroissement de la durée moyenne des consultations programmées des médecins généralistes [10].

La parallèle avec des exemples étrangers a cependant de nombreuses limites tant les systèmes de santé et d'accès aux soins primaires sont différents. Une synthèse de la DRESS montre que « la densité médicale semble être à l'origine du plus ou moins grand développement des rôles infirmiers comme le montrent les exemples de l'Italie, de l'Allemagne qui ont une densité médicale élevée et des rôles infirmiers peu développés et ceux du Royaume Uni et du Canada qui ont une densité médicale plus faible et des rôles infirmiers plus étendus » [11]. Une des différences majeures entre notre système et le système anglais réside dans le rôle des infirmières libérales qui possèdent un droit de consultation et de prescription en soins primaires, ce qui les intègre au sein de l'activité des cabinets de médecines générales. Ce droit n'existe pas en France, pas plus que la formation qui est nécessaire et le financement de cette activité.

L'activité de régulation directe par le médecin généraliste est, en partie, transposable dans notre système. Elle soulève cependant plusieurs problèmes. La baisse du nombre de rendez-vous non programmés dans les études se fait via une prescription sans consultation préalable dans 1/3 des cas [8] ce qui, hors du cadre de la régulation médicale de la permanence des soins, ne peut se faire que chez un patient connu et identifié, ce qui est systématiquement le cas dans le système anglais (système de médecin référent unique), pas obligatoirement dans le système français (système de médecin référent plus souple). De plus l'article la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie au terme de laquelle : « Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité, sa confidentialité et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence » pose elle un réel problème face à la pratique décrite ci-dessus dès lors qu'elle

prévoit un examen préalable sauf à titre d'urgence exceptionnelle. Si dans son rapport du 15 Octobre 2004 le Conseil National de L'Ordre des Médecins [12] admet la pratique de téléprescription en se basant sur un examen clinique préalable pouvant avoir été effectué il y a plusieurs semaines ou mois, le caractère exceptionnel de cette pratique risque d'être mis à mal par sa fréquence lors des études. De plus aucune rémunération n'est prévue en France pour cette activité médicale.

L'étude des déterminants de la gestion des demandes de rendez-vous urgents et non programmés au cabinet de médecine générale et donc du rôle pivot de la secrétaire médicale dans le fonctionnement actuel m'est donc apparu essentielle afin de comprendre une pratique peu étudiée mais au cœur de l'accès aux soins primaires en France.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive.

2.2. Population étudiée.

La population cible de notre étude était représentée par des secrétaires médicales travaillant pour des médecins généralistes installés en région Haute-Normandie. Les secrétaires pouvaient soit travailler directement au sein du cabinet médical (« secrétariat sur place ») soit au sein d'une société de gestion d'appel téléphonique (« secrétariat à distance »).

2.3. Moyens d'inclusion.

Une liste des médecins généralistes travaillant en Haute-Normandie a été établie en se basant sur l'annuaire téléphonique Pages Jaunes®. Cette liste a été retravaillée pour ne faire apparaître qu'une seule fois un même numéro de téléphone. La liste comprenait 806 cabinets de médecine générale en Haute-Normandie. Elle a ensuite été incluse dans un tableur Excel® pour être randomisée.

Un objectif de 200 inclusions a été fixé.

Les cabinets de médecine générale étaient appelés selon l'ordre aléatoire créé jusqu'à obtention des 200 inclusions.

En cas de réponse à l'appel, une rapide présentation de l'étude était faite, avant de demander l'accord de participation à l'étude. Un recueil de données basiques était fait lors de la conversation téléphonique (type de cabinet, nombre de secrétaires, type de secrétariat, confirmation de l'activité de médecine générale). Un questionnaire était envoyé pour chaque secrétaire acceptant de participer à l'étude par voie postale, fax ou mail.

En cas de non réponse au premier appel téléphonique, 2 autres tentatives d'appels étaient faites. Après 3 appels sans réponse le cabinet était exclu de l'étude.

En cas d'acceptation de la participation à l'étude et de non-retour des questionnaires, 2 relances téléphoniques ont été faites.

Les cabinets ne possédant pas de secrétariat ou n'exerçant pas une activité de médecine générale ont été systématiquement exclus.

2.4. Période de recueil.

Les données ont été recueillies entre le 15/06/2012 et le 15/08/2012, délai nécessaire pour contacter les cabinets et obtenir le retour des questionnaires.

2.5. Variables étudiées.

2.5.1. Caractéristiques de la population.

Une partie des informations recueillies avait pour but de décrire une population très peu étudiée :

- Age
- Sexe
- Formation initiale
- Expérience
- Lieu d'exercice
- Type de cabinet (médecin seul, cabinet regroupant plusieurs médecins ou maison de santé pluridisciplinaire)
- Type de secrétariat utilisé (sur place, à distance ou mixte)

2.5.2. Capacités à répondre à toutes les demandes de rendez-vous (RDV) urgents.

La première question du questionnaire « Parvenez-vous à donner un rendez-vous le jour même à toutes les demandes urgentes ? » a été utilisée comme variable expliquée principale.

2.5.3. Déterminant de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même.

L'objectif était de mesurer l'impact des critères mis en évidence lors de notre étude qualitative préliminaire :

- Ressenti et impact de l'agressivité des patients
- Impact du suivi régulier au sein du cabinet
- Gêne liée à l'activité téléphonique
- Connaissance et accès au dossier des patients
- Impact de la position d'intermédiaire entre le médecin et son patient
- Perception de la qualité de l'auto-évaluation des symptômes par le patient
- Impact du doute sur la véracité des propos des patients
- Auto-évaluation du niveau de compétence au tri et nécessité d'une formation
- Niveau de prise de responsabilité lors du tri et stress généré.

2.6. Analyse des données.

Les données recueillies ont été colligées sous Excel® version 2010. Les calculs statistiques ont été effectués à l'aide de ce même logiciel.

Les données recueillies ont été présentées et décrites comme suit :

- Les variables quantitatives : moyennes, écarts types.

-Les variables qualitatives : effectifs, pourcentages et intervalles de confiance à 95% correspondants.

Des analyses comparatives ont été menées : comparaison de pourcentage par le test du Chi Deux ou le test de Fisher exact en cas d'effectifs théoriques inférieur à 5. Le seuil de significativité retenu était de 5%, comparaison de moyennes intergroupes par le test de Fisher-Snedecor.

3. RESULTATS

3.1. Population étudiée.

Le recueil de coordonnées de cabinets médicaux comprenait 806 cabinets de médecines générales, 499 cabinets ont été contactés.

Les exclusions ont concerné 207 cabinets (soit 50.6% des cabinets contactés) pour les motifs suivants :

- Absence de secrétariat : 86 (41,6% des exclusions)
- Non réponse après 3 tentatives d'appel : 86 (41,6% des exclusions)
- Cabinet déjà précédemment contacté : 14 (6.7% des exclusions)
- Cabinet n'exerçant pas en médecine générale : 6 (2.9% des exclusions)
- Refus de participer à l'étude : 15 (7.2% des exclusions)

Ont été inclus 292 cabinets médicaux dont 123 utilisant un secrétariat téléphonique à distance (soit 41.1% des cabinets inclus) et 169 utilisant un secrétariat au sein du cabinet (soit 58.9% des cabinets inclus).

Parmi les 123 cabinets utilisant un secrétariat à distance, nous avons recensé 16 sociétés différentes.

Un total de 185 secrétariats (169 sur place et 16 à distance) ont reçu le questionnaire. Un total de 198 questionnaires a été retourné provenant de 154 secrétariats différents (soit 83.2% de secrétariat ayant retourné le questionnaire), 31 secrétariats n'avaient pas répondu. Parmi les 198 questionnaires reçus 161 (81.3%) provenaient de secrétariat sur place et 37 de secrétariats à distance (18.7%).

**Chiffres clefs : - 499 secrétariats contactés (3% de refus de participation à l'étude)
- 198 questionnaires reçus pour un taux de réponse de 83.2%.**

On retrouvait donc une participation et une adhésion à l'étude très forte.

3.1.1. Age moyen.

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 46 ans avec une médiane de 48 ans, la plus jeune secrétaire avait 21 ans, la plus âgée 66 ans.

L'âge moyen des secrétaires sur place était significativement supérieur à celui des secrétaires à distance : 47.7 années contre 38.8 années ($p < 0.0001$)

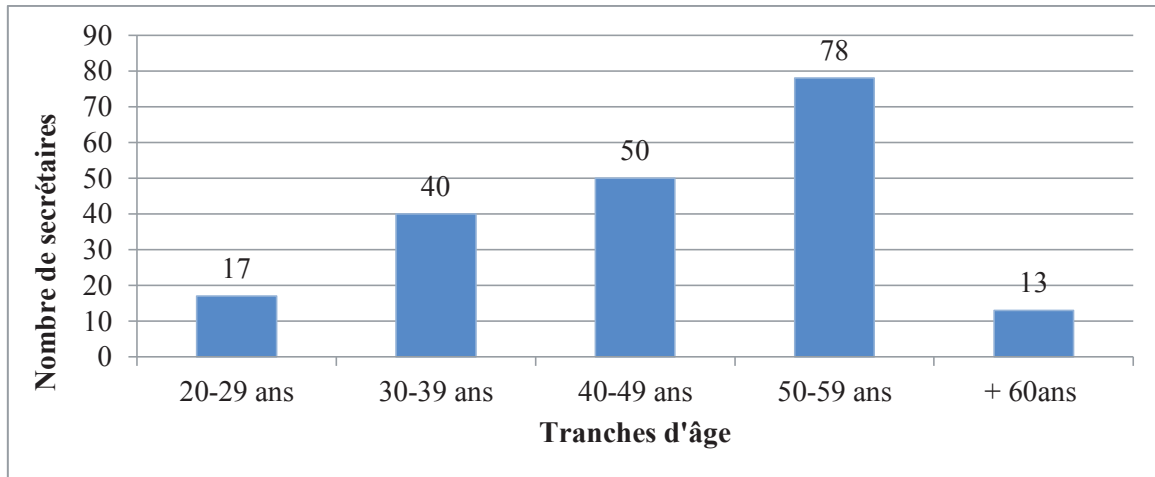


Figure n° 1 : Répartition des secrétaires en fonction de leur âge (n=198)

3.1.2. Expérience moyenne.

La moyenne d'expérience de notre échantillon était de 16 années avec une médiane à 15 années, la secrétaire la moins expérimentée avait moins d'une année d'expérience, la plus expérimentée 41 années.

L'expérience moyenne des secrétaires sur place était significativement supérieure à celle des secrétaires à distance : 11 années contre 5.6 années ($p < 0.0001$)

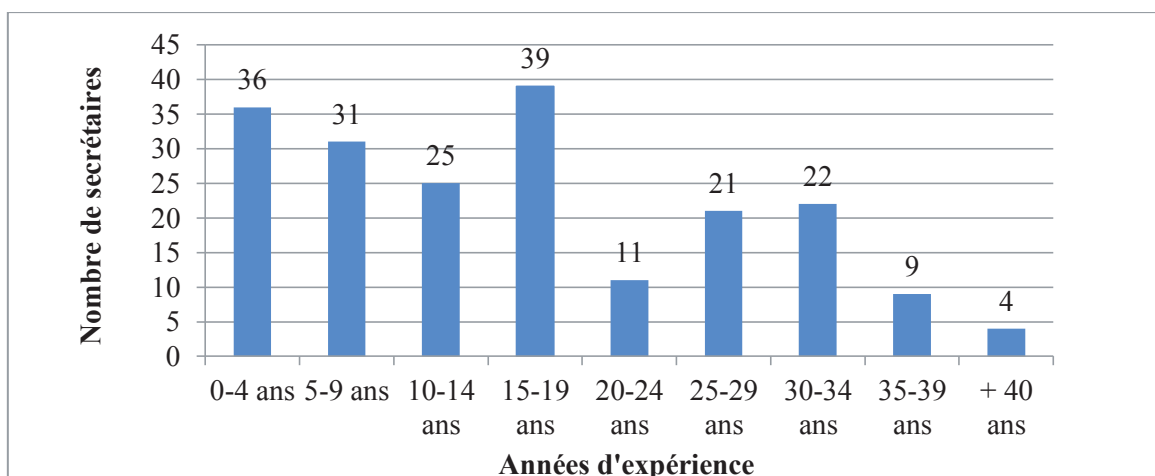


Figure n°2 : Répartition des secrétaires en fonction de leurs années d'expérience.

3.1.3. Formation initiale.

Au sein de notre échantillon, 25 secrétaires déclaraient avoir eu une formation avant leur entrée en fonction, 173 déclaraient ne pas en avoir eu.

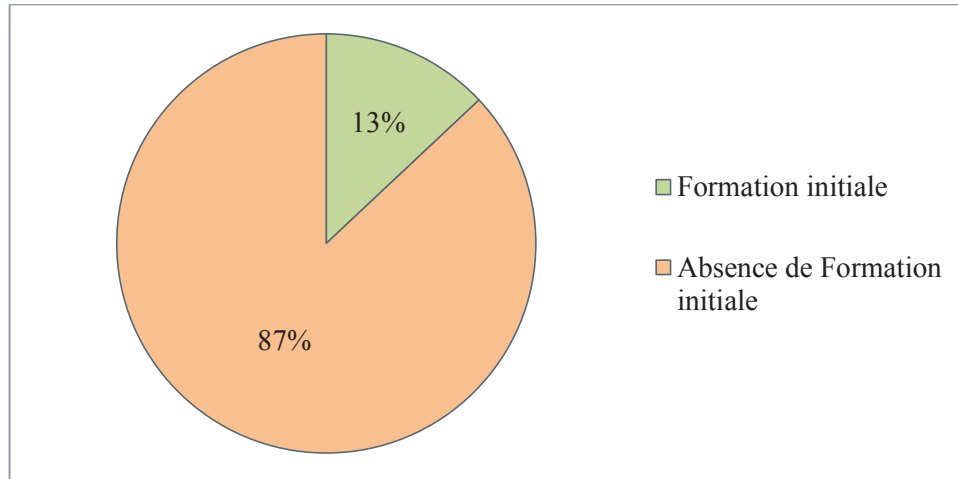


Figure n°3 : Répartition des secrétaires selon obtention ou non d'une formation initiale (=198).

On retrouvait donc un très faible taux de formation initiale : 13% [IC95% = 8.0% - 17.2%]

3.1.4. Sexe ratio.

On retrouvait 4 hommes pour 194 femmes dans notre échantillon soit un sexe ratio de 0.020 hommes/femmes.

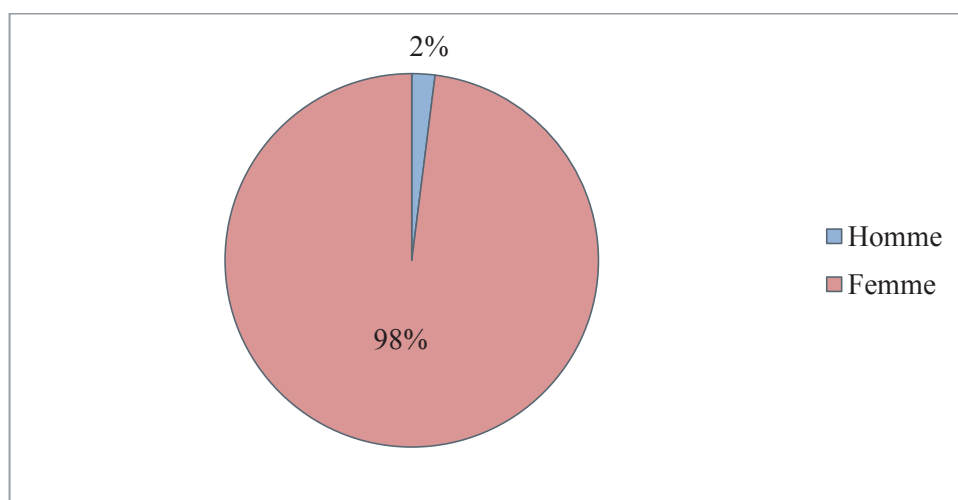


Figure n°4 : Répartition des secrétaires selon leur sexe (n=198)

La féminisation de la profession est donc très forte : 98% [IC95% = 96.0% - 99.9%]

3.1.5. Types de secrétariat.

Nous avons inclus 161 secrétaires travaillant directement au sein des cabinets médicaux et 37 secrétaires travaillant au sein de sociétés de gestion d'appels téléphoniques.

Pour des raisons de représentativité, les données suivantes portant sur le type de cabinets et leur répartition géographique n'ont été calculées que sur l'effectif de secrétaires travaillant sur place.

3.1.6. Répartition géographique.

Nous retrouvons 46 secrétaires travaillant dans le département de l'Eure et 115 travaillant en Seine-Maritime.

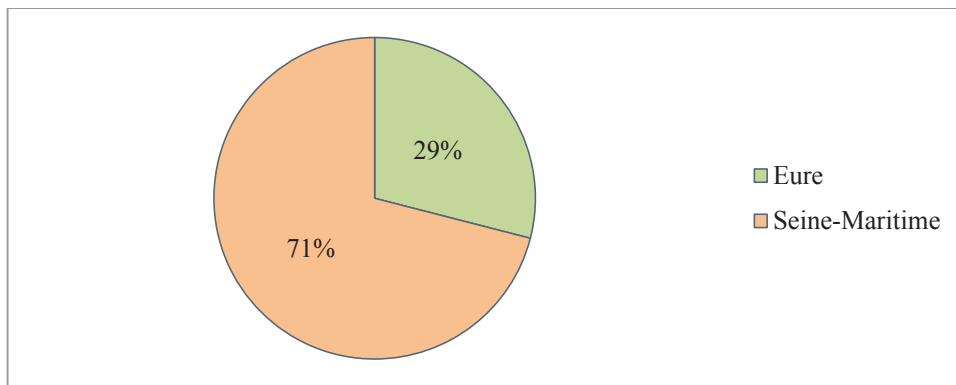


Figure n°5 : Répartition des secrétaires médicales selon leur département d'exercice (n=161)

Nous dénombrons 124 secrétaires travaillant en milieu urbain et 37 en milieu rural

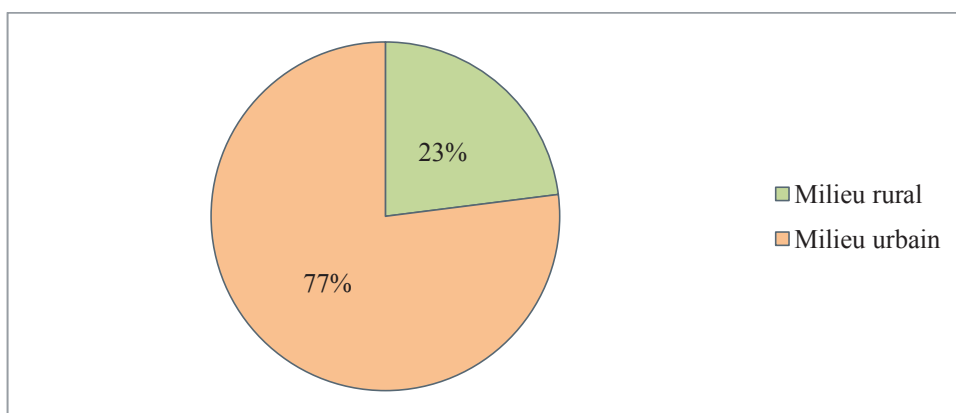


Figure n°6 : Répartition des secrétaires médicales selon leur milieu d'exercice (n=161)

NB : Nous avons utilisé pour cette étude la définition INSEE de l'aire urbaine pour classer les milieux urbains et ruraux : « Une aire urbaine ou "grande aire urbaine" est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. » [13]

3.1.7. Type de cabinet.

Nous retrouvons au sein de notre échantillon 25 secrétaires travaillant dans un cabinet ne comprenant qu'un seul médecin, 127 secrétaires travaillant au sein d'un cabinet regroupant exclusivement plusieurs médecins et 9 secrétaires travaillant dans un cabinet regroupant médecins généralistes et autres professionnels de santé (« Maison de santé pluridisciplinaire »).

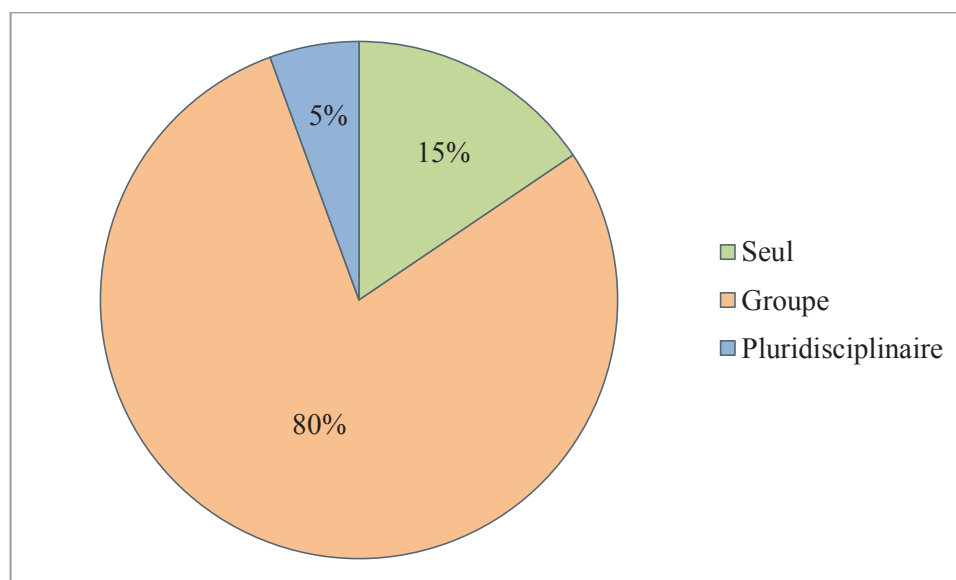


Figure n°7 : Répartition des secrétaires médicales selon le type de cabinet dans lequel elles travaillent (n=161)

85% [IC 95%= 79.3 – 90.5%] des secrétaires travaillaient au sein de structure comprenant au moins 2 médecins.

3.2. Réponses au questionnaire.

3.2.1. Capacité à donner un RDV le jour même à toutes les demandes urgentes.

Les réponses à la question « Parvenez-vous à donner un RDV le jour même à toutes les demandes urgentes ? » étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Presque jamais	3	1.5%	[0%- 6,4%]
Parfois	26	13.0%	[8.4%- 17.8%]
Souvent	61	31.0%	[17.3%- 44.2%]
Presque toujours	108	54.5%	[47.6%- 61.5%]

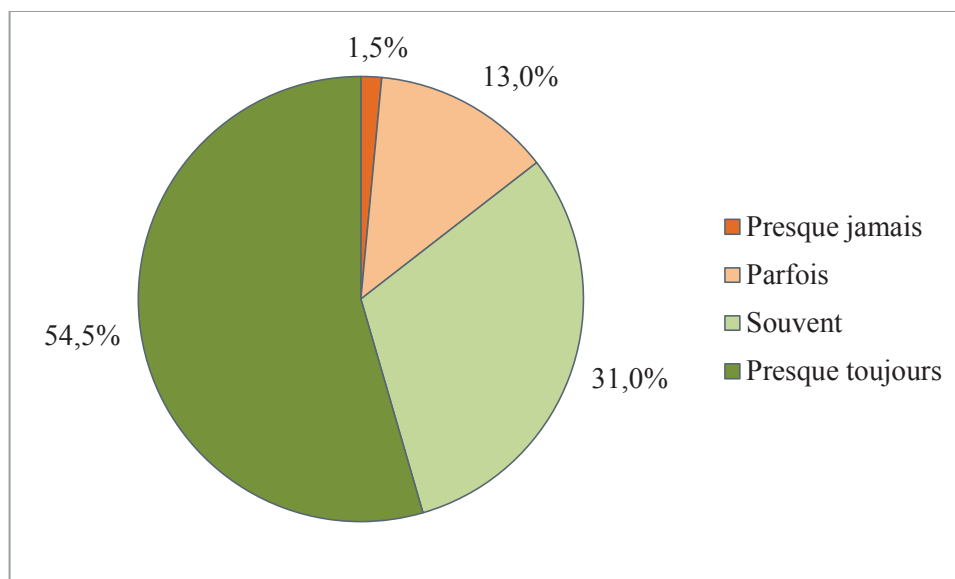


Figure n°8 : Parvenez-vous à donner un RDV le jour même à toutes les demandes urgentes ? (n=198)

Une large majorité de secrétaires parvenait à donner un RDV le jour même à toutes les demandes urgentes.

3.2.2. Agressivité des patients.

Les réponses à la question « Trouvez-vous les patients agressifs au téléphone lors de la prise de RDV ? » étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Presque jamais	45	22.8%	[16.8%- 28.5%]
Parfois	105	53.0%	[46.1%- 59.9%]
Souvent	44	22.2%	[16.4%- 28.0%]
Presque toujours	4	2.0%	[0%- 3.9%]

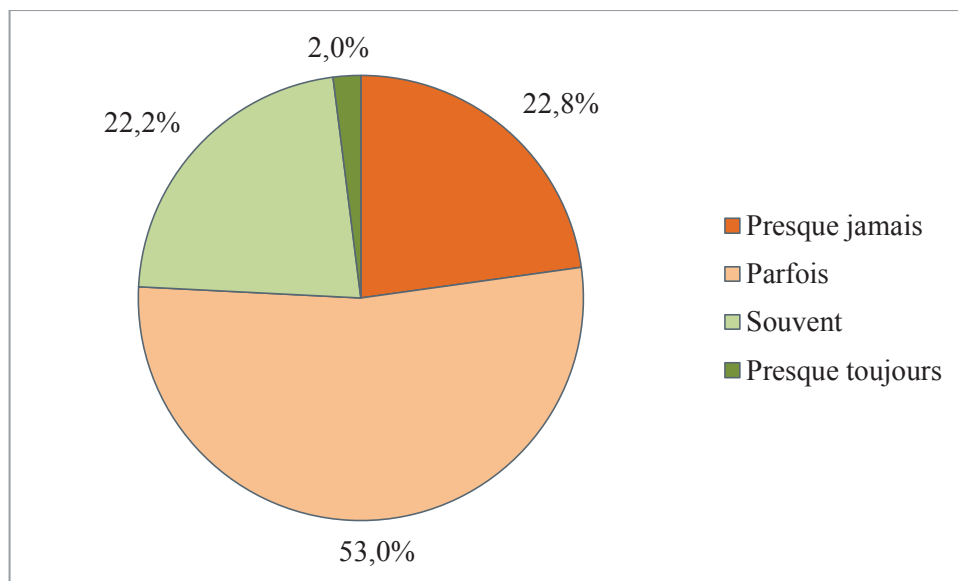


Figure n°9 : Trouvez-vous les patients agressifs au téléphone lors de la prise de RDV ? (n=198)

Le sentiment d'agressivité de la part des patients était peu fréquent chez une majorité de secrétaires.

3.2.3. Influence de l'agressivité sur l'obtention d'un RDV pour le jour même.

Les réponses à la question « Lors d'une demande de RDV urgent, un patient agressif obtient-il un RDV le jour même ? » étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Beaucoup moins facilement	50	26.0%	[19.8%- 32.2%]
Un peu moins facilement	111	57.8%	[50.8%- 64.8%]
Un peu plus facilement	28	14.6%	[9.6%- 19.6%]
Beaucoup plus facilement	3	1.6%	[0%- 3.9%]

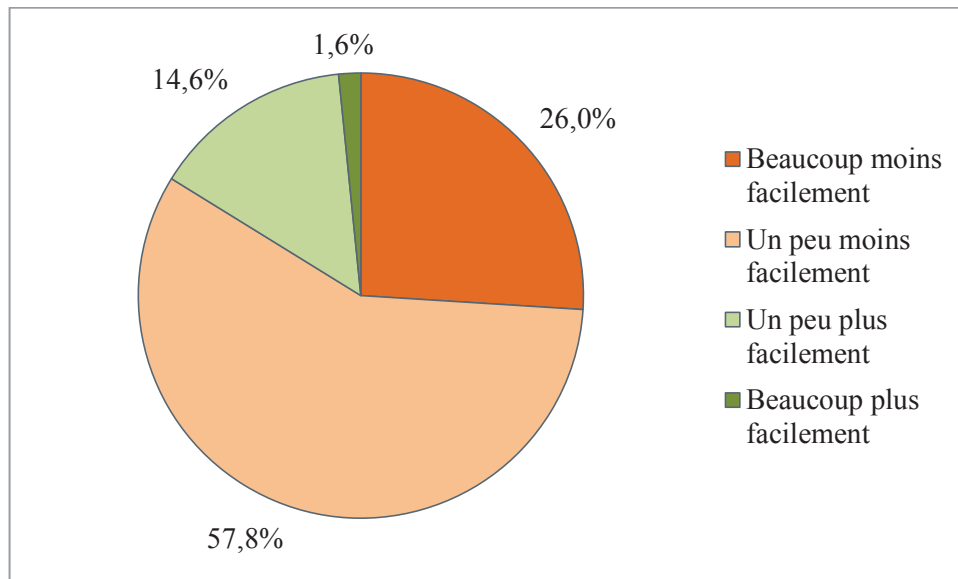


Figure n°10 : Lors d'une demande de RDV urgent, un patient agressif obtient-il un RDV le jour même ? (n=192)

L'agressivité des patients au téléphone réduisait la probabilité d'obtenir un RDV en urgence.

3.2.4. Influence du suivi habituel au sein cabinet.

Les réponses à la question «Lorsque le planning est complet, un patient non suivi au cabinet, obtient-il un RDV le jour même ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Beaucoup moins facilement	141	71.2%	[64.9%- 77.5%]
Un peu moins facilement	51	25.7%	[19.7%- 31.8%]
Un peu plus facilement	3	1.5%	[0%- 3.2%]
Beaucoup plus facilement	3	1.5%	[0%- 3.2%]

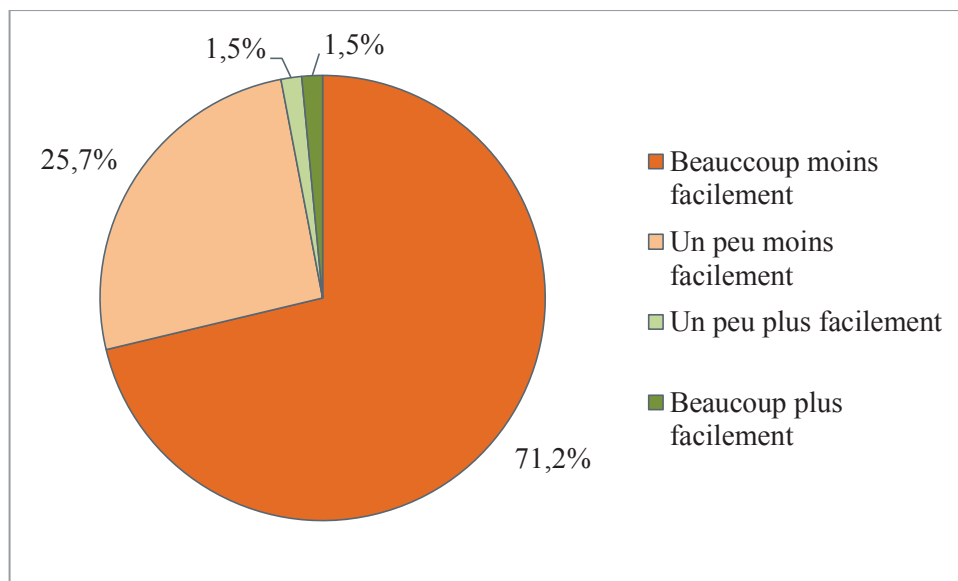


Figure n°11 : Lorsque le planning est complet, un patient non suivi au cabinet, obtient-il un RDV le jour même ? (n=198)

Les patients non suivis au cabinet obtenaient beaucoup plus difficilement un RDV pour le jour même.

3.2.5. Facteurs influençant la prise de décision de la secrétaire.

A la question : « Qu'est ce qui d'après vous influence le plus le délai d'obtention d'un RDV lorsque le planning est complet ? Classez les de la moins influente (=1) à la plus influente (=6). »

Nous avons classé les réponses en attribuant de 1 point à la proposition la moins influente à 6 points à la proposition la plus influente.

Le classement se répartissait ainsi :

Réponses possibles	Points	Pourcentage du total des points	IC à 95%
Les symptômes exprimés	1115	27.0%	[25.6%- 28.3%]
Les antécédents du patient	903	21.8%	[20.6%- 23.1%]
Votre ressenti ou votre instinct	720	17.4%	[16.2%- 18.6%]
Le comportement du patient au téléphone	583	14.1%	[13.0%- 15.2%]
Le comportement du médecin	577	13.9%	[12.9%- 15.0%]
La charge de travail de la secrétaire	239	5.8%	[5.1%- 6.5%]

Les facteurs les plus objectifs comme les symptômes exprimés ou les antécédents des patients étaient les plus influents, les facteurs plus subjectifs comme l'instinct ou le comportement du patient prenaient une part plus faible dans l'évaluation. Enfin les facteurs d'environnement comme la charge de travail et la relation avec le médecin étaient les moins influents dans la prise de décision des secrétaires.

3.2.6. Auto-évaluation des symptômes par le patient.

Les réponses à la question «Pour vous, comment le patient évalue t-il l'urgence de sa demande ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Très mal	24	12.2%	[7.6%- 16.7%]
Assez mal	133	67.1%	[60.6%- 73.7%]
Assez bien	40	20.2%	[14.6%- 25.8%]
Très bien	1	0.5%	[0%- 1.5%]

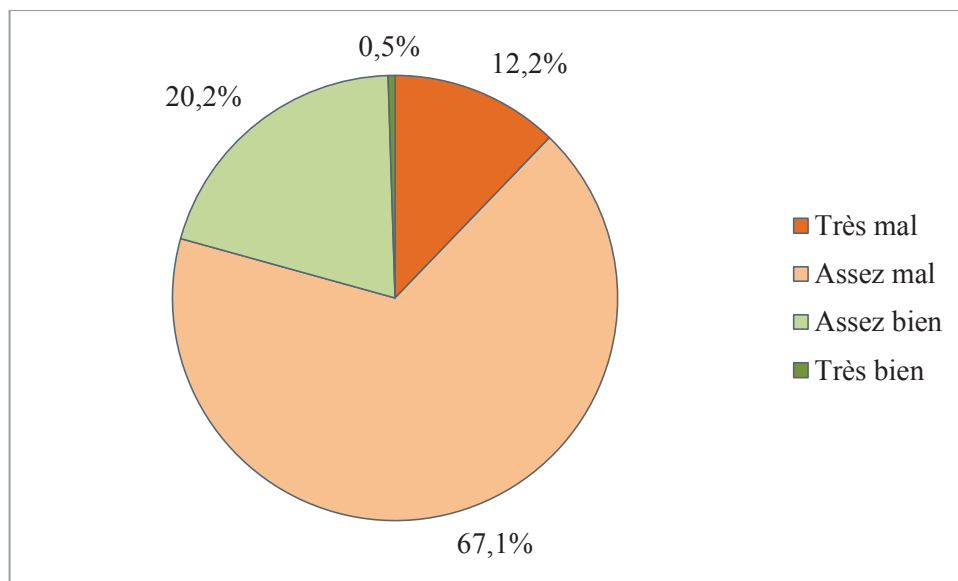


Figure n°12 : Pour vous, comment le patient évalue t'il l'urgence de sa demande ? (n=198)

L'auto-évaluation de ses symptômes par le patient était jugée comme mauvaise par les secrétaires.

3.2.7. Evaluation de la confiance dans les propos des patients.

Les réponses à la question «Avez-vous l'impression que les patients mentent pour obtenir un RDV rapidement ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Presque jamais	12	6.1%	[2.7%- 9.4%]
Parfois	117	59.1%	[52.2%- 60.0%]
Souvent	62	31.3%	[24.85%- 37.8%]
Presque toujours	7	3.5%	[1.0%- 6.1%]

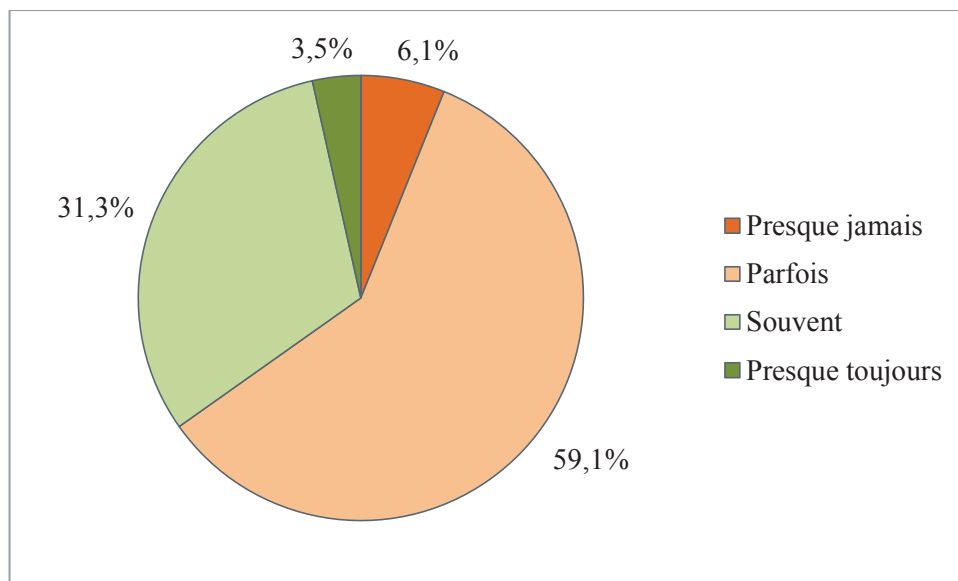


Figure n°13 : Avez-vous l'impression que les patients mentent pour obtenir un RDV rapidement ? (n=198)

Les secrétaires s'estimaient peu confrontées à des mensonges de la part des patients dans le but de faciliter l'obtention d'un RDV pour le jour même.

3.2.8. Evaluation de la gêne liée à l'activité téléphonique.

Les réponses à la question «Estimez-vous que le téléphone soit une barrière pour évaluer le degré d'urgence d'une demande ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Pas du tout	38	19.2%	[13.7%- 24.7%]
Plutôt non	109	55.0%	[48.1%- 62.0%]
Plutôt oui	40	20.2%	[14.6%- 25.8%]
Tout à fait	11	5.6%	[2.36%- 8.7%]

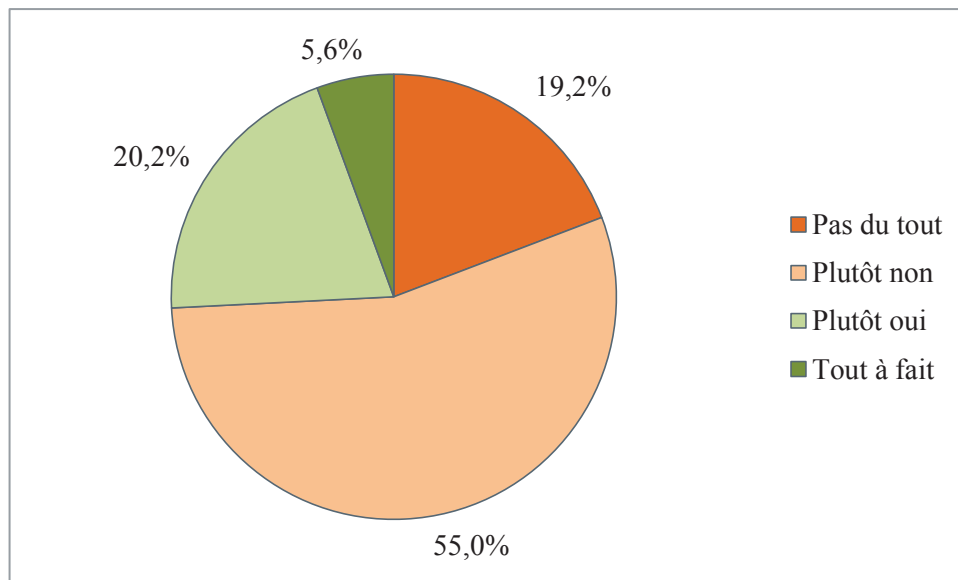


Figure n°14 : Estimez-vous que le téléphone soit une barrière pour évaluer le degré d'urgence d'une demande ? (n=198)

L'activité téléphonique était rarement vue comme une barrière à l'évaluation des demandes urgentes.

3.2.9. Situation de recours à l'aide du médecin pour la régulation des demandes urgentes.

Les réponses à la question «Vous n'avez plus aucun RDV disponible à donner au patient qui demande un rdv le jour même. Cochez dans quelles situations vous faites systématiquement appel au médecin soit en lui passant l'appel soit en lui laissant un message ?» étaient réparties de la manière suivante :

Situations	Effectifs	Fréquence de la réponse	IC à 95%
Si le patient insiste vraiment en disant que c'est urgent	150	75.8%	[69.8%- 81.7%]
Si vous ne savez pas si c'est urgent ou pas	117	59.0%	[52.4%- 65.9%]
si le patient exige de parler au médecin directement	86	43.4%	[36.5%- 50.3%]
Si le patient est agressif envers vous ou s'il vous menace	65	32.8%	[26.2%- 39.3%]
Si le patient refuse de donner le motif de sa demande	43	21.7%	[15.9%- 27.5%]

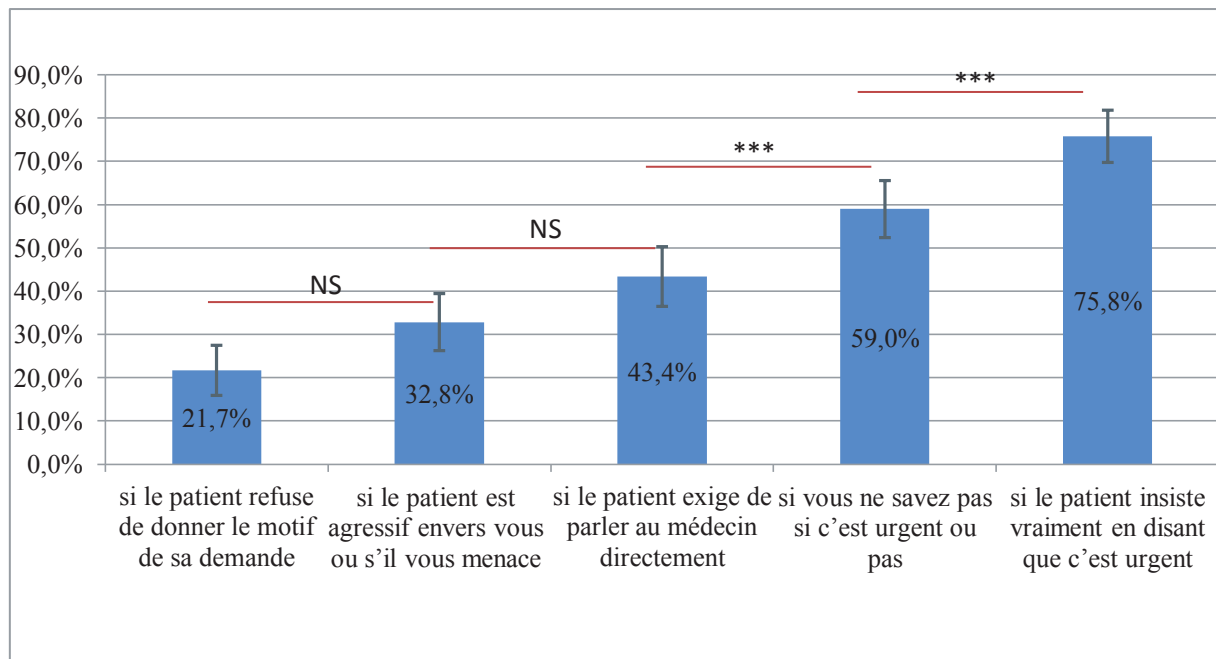


Figure n°15 : Fréquence du recours à la régulation par le médecin selon le motif ? (***) p<0.05)

L'insistance du patient sur l'urgence de son problème de santé était le motif le plus fréquent d'aide à la régulation par le médecin traitant. L'agressivité ou les menaces étaient également un motif fréquent de recours au médecin. Les refus de régulation par la secrétaire engendraient moins de recours au médecin.

3.2.10. Facteurs de stress devant une impossibilité de donner suite à une demande de RDV urgent.

A la question : « Il vous est impossible de donner un RDV à une demande que vous jugez pourtant urgente, qu'est-ce qui vous stresse le plus ? Classez les propositions de la moins stressante (=1) à la plus stressante (=5)»

Nous avons classé les réponses en attribuant de 1 point à la proposition la moins influente à 5 points à la proposition la plus influente.

Le classement se répartissait ainsi :

Réponses possibles	Points	Pourcentage du total des points	IC à 95%
Passer à côté d'une urgence	953	32.6%	[30.9%- 34.3%]
Laisser un patient sans solution	671	23.0%	[21.5%- 24.5%]
Les reproches du médecin	454	15.5%	[14.1%- 16.9%]
Le mécontentement du patient	441	15.1%	[13.8%- 16.4%]
Les poursuites médico-légales	401	13.7%	[12.5%- 15.0%]

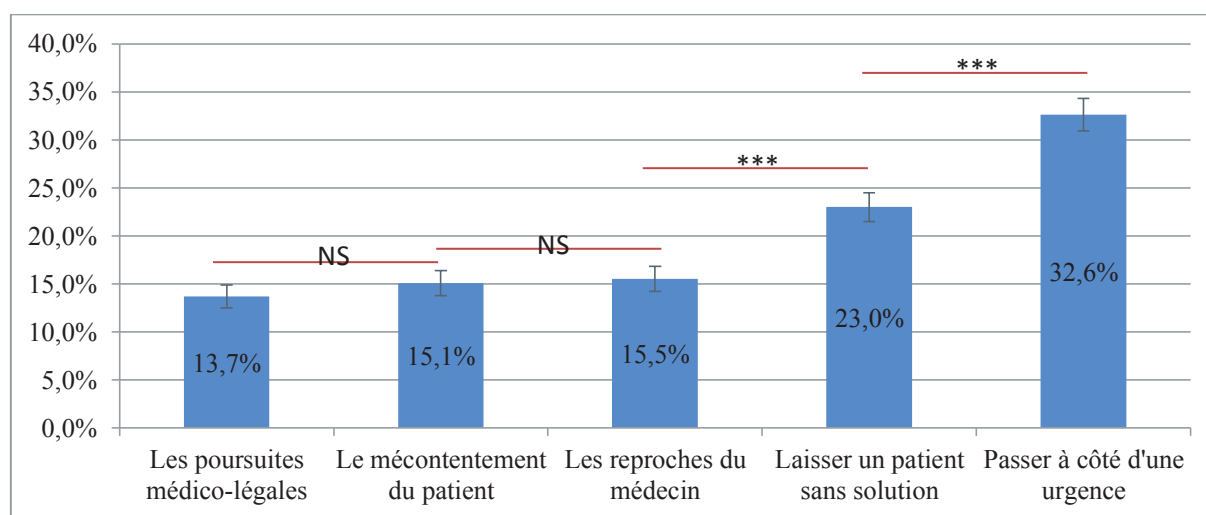


Figure n°16 : « Il vous est impossible de donner un RDV à une demande que vous jugez pourtant urgente, qu'est-ce qui vous stresse le plus ?

(*** p<0.05)

La peur de ne pas donner un RDV le jour même à une « vraie » urgence était le facteur de stress le plus important. La crainte de poursuites médico-légales apparaissait comme le facteur le moins stressant devant l'impossibilité d'accéder à une demande jugée urgente.

3.2.11. Influence de la position d'intermédiaire de la secrétaire entre le patient et son médecin.

Les réponses à la question «Votre travail vous place entre le médecin et son patient. Du fait de cette position, trouvez-vous que le patient vous donne des informations sur sa santé ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Beaucoup moins facilement	4	2.0%	[0%- 4.0%]
Un peu moins facilement	31	15.7%	[10.6%- 20.8%]
Un peu plus facilement	107	54.3%	[47.4%- 61.2%]
Beaucoup plus facilement	5	27.9%	[21.6%- 34.1%]

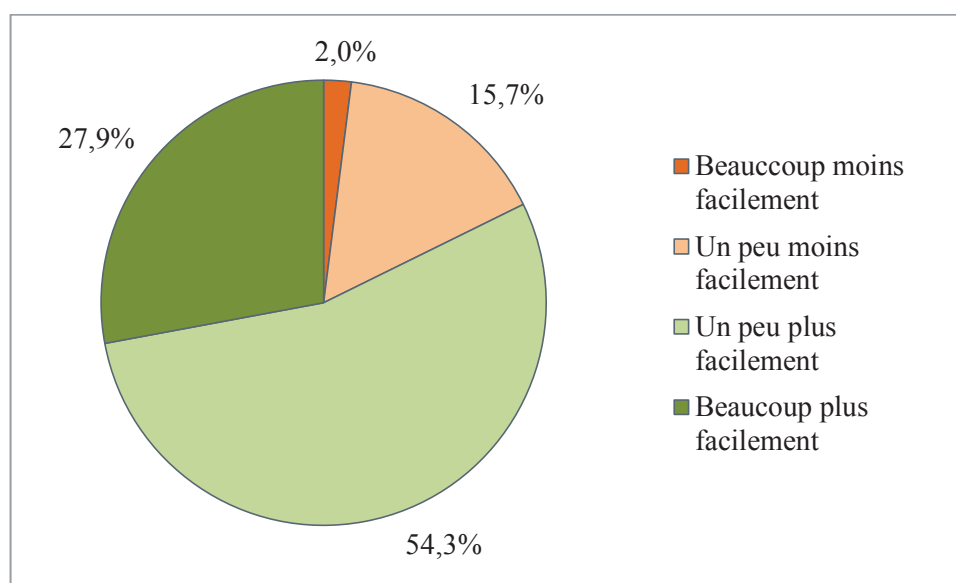


Figure n°17 : Votre travail vous place entre le médecin et son patient. Du fait de cette position, trouvez-vous que le patient vous donne des informations sur sa santé ? (n=197)

La position d'intermédiaire avec le médecin était vue comme un élément facilitateur pour l'obtention d'informations utiles au tri des demandes urgentes.

3.2.12. Niveau de compétence dans le tri des urgences

Les réponses à la question «Comment estimez-vous votre niveau de compétence dans le tri des urgences ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Très insuffisant	6	3.0%	[0.6%- 5.4%]
Assez insuffisant	14	7.1%	[3.51%- 10.9%]
Assez Bon	156	79.2%	[73.5%- 84.9%]
Très bon	21	10.7%	[6.35%- 15.0%]

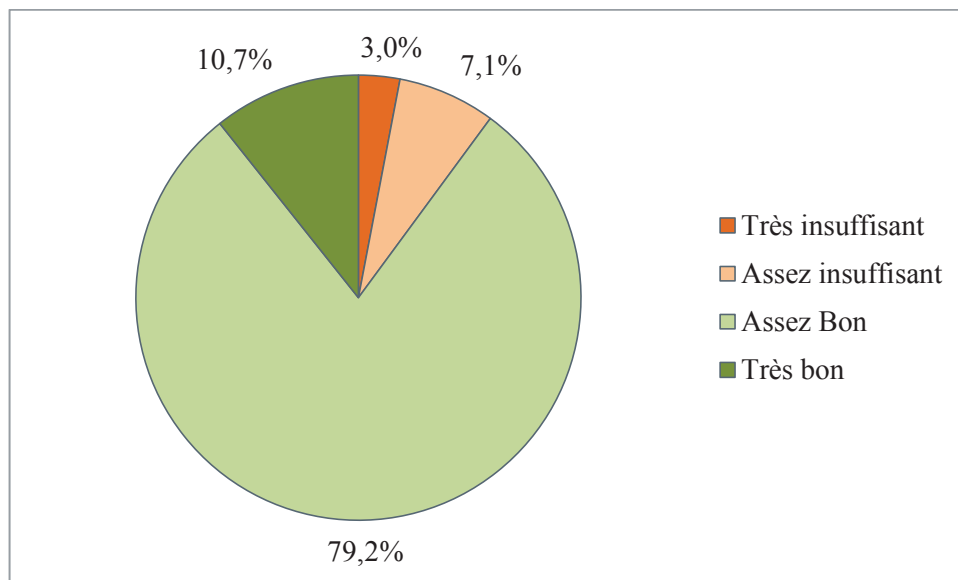


Figure n°18 : Comment estimez-vous votre niveau de compétence dans le tri des urgences ? (n=197)

Le niveau de compétence au tri des demandes urgentes était jugé bon par une large majorité de secrétaire.

3.2.13. Utilité d'une formation relative à la gestion des demandes urgentes.

Les réponses à la question «Pensez-vous qu'une formation au tri des urgences vous serait utile ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Pas du tout	18	9.1%	[5.1%- 13.1%]
Plutôt non	58	29.5%	[23.1%- 35.8%]
Plutôt oui	95	48.2%	[41.2%- 55.2%]
Tout à fait	26	13.2%	[8.5%- 18.0%]

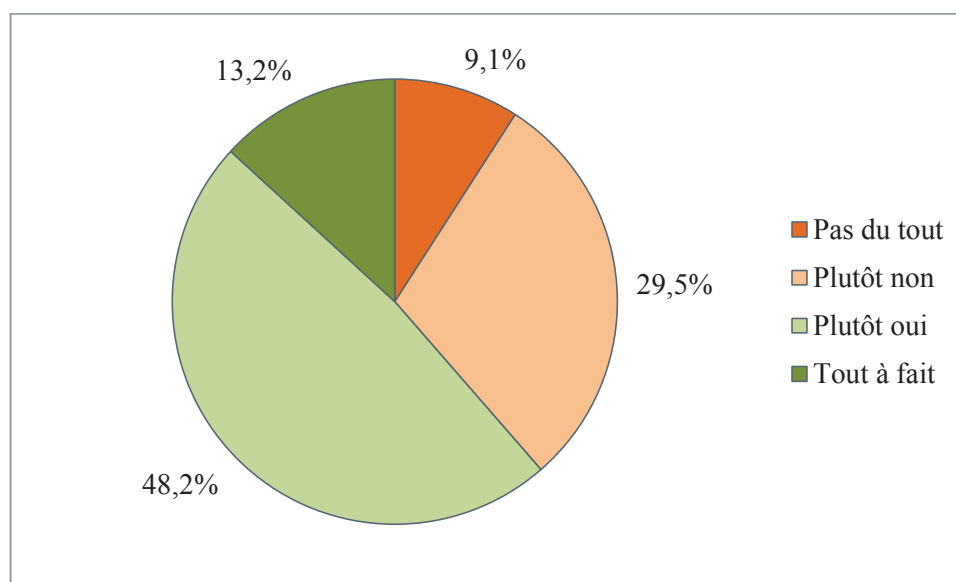


Figure n°19 : Pensez-vous qu'une formation au tri des urgences vous serait utile ? (n=197)

Une majorité de secrétaires ressentait le besoin d'une formation relative au tri des urgences

3.2.14. Prise de responsabilité lors du tri des urgences et stress lié.

Les réponses à la question «Etes-vous amenée à prendre seule des responsabilités lors du tri des demandes urgentes ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Jamais	12	6.1%	[2.7%- 9.3%]
Rarement	69	34.8%	[28.2%- 41.8%]
Souvent	89	45.0%	[38.0%- 51.8%]
En permanence	28	14.1%	[9.2%- 19.0%]

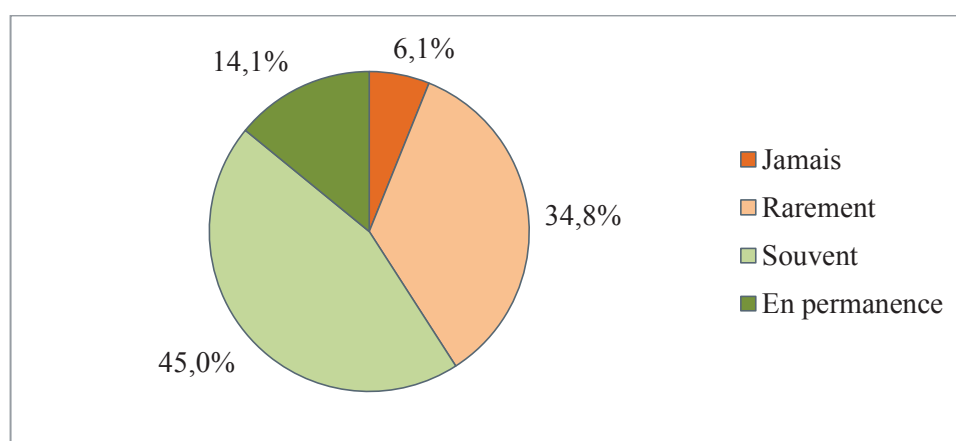


Figure n°20 : Etes-vous amenée à prendre seule des responsabilités lors du tri des demandes urgentes ? (n=198)

La prise de responsabilité lors du tri des urgences était jugée fréquente.

Les réponses à la question «Cette prise de responsabilité est-elle source de stress ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Pas du tout	43	21.7%	[15.9%- 27.5%]
Un peu	90	45.5%	[38.51%- 52.4%]
Assez	40	20.2%	[14.6%- 25.8%]
Beaucoup	28	13.6%	[8.0%- 17.2%]

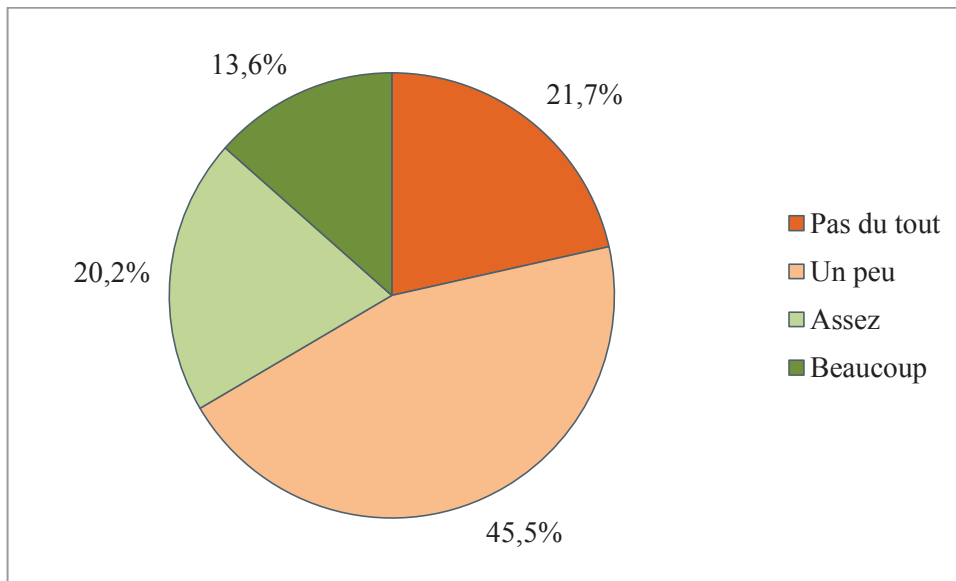


Figure n°21 : Cette prise de responsabilité est-elle source de stress ? (n=198)

Les secrétaires décrivaient un faible niveau de stress lié à l'activité de régulation.

Nous avons étudié si le niveau de stress était lié au niveau de prise de responsabilité :

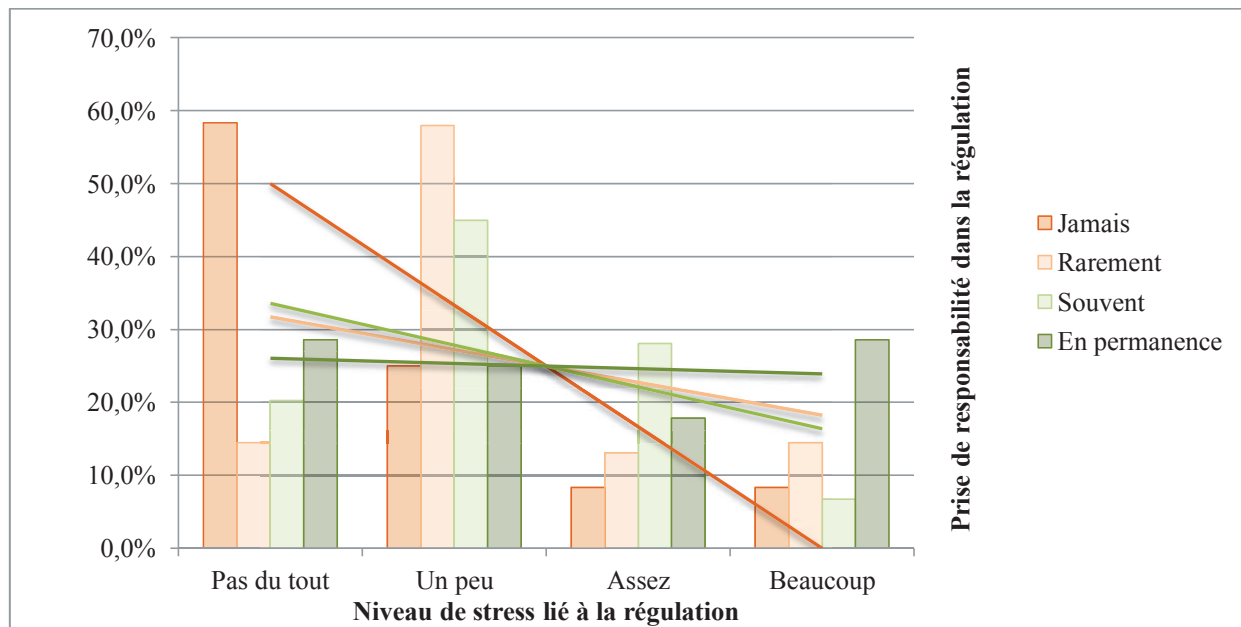


Figure n°22 : Répartition du niveau de responsabilité prise lors de la régulation selon le niveau de stress lié à cette activité (n=198)

Les courbes de tendance semblaient indiquer que plus la prise de responsabilité était élevée plus le stress était important (résultats non significatifs $p=0.1$)

3.2.15. Accès au dossier médical.

Les réponses à la question «Avez-vous accès au dossier médical du patient (antécédents, âge, traitement) lors de la prise d'un rdv ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Oui	113	57.1%	[50.2%- 64.0%]
Non	85	42.9%	[36.0%- 49.8%]

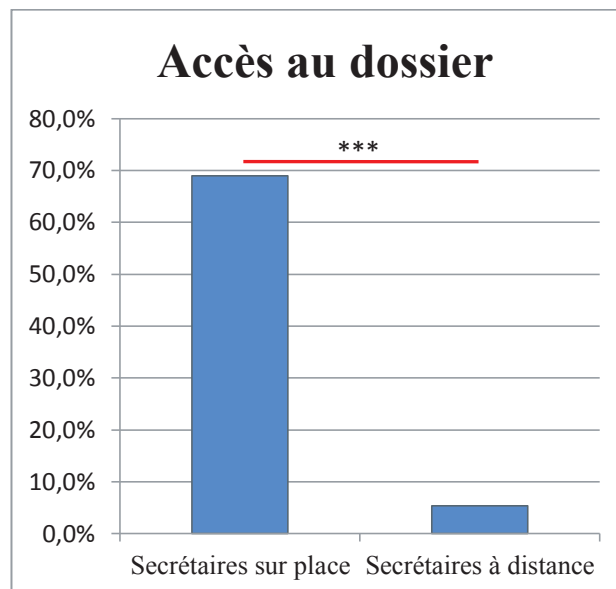


Figure n°23 : Accès au dossier selon le type de secrétariat (*** p<0.001)

Une majorité de secrétaires avaient accès au dossier médical avec cependant une très forte différence selon le type de secrétariat : 68.9% [IC 95% = 61.8.1% - 76.1%] pour les secrétariats sur place versus 5.4% [IC 95% = 0% - 12.7%] pour les secrétariats à distance.

3.2.16. Influence de la connaissance du patient.

Les réponses à la question «Le fait de ne pas connaître le patient (personnalité, comportement du patient au téléphone) vous gêne t'il lors du tri des demandes urgentes ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Pas du tout	44	22.2%	[16.4%- 28.0%]
Plutôt non	57	28.8%	[22.5%- 35.1%]
Plutôt oui	83	42.0%	[35.0%- 48.8%]
Tout à fait	14	7.0%	[3.5%- 10.6%]

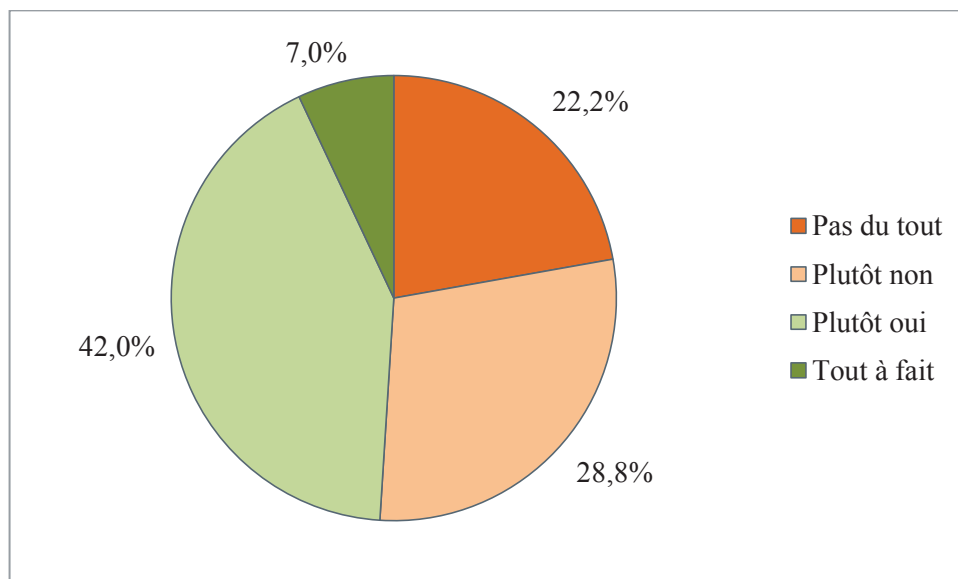


Figure n°24 : Le fait de ne pas connaître le patient (personnalité, comportement du patient au téléphone) vous gêne t'il lors du tri des demandes urgentes ? (n=198)

Les secrétaires exprimaient un peu de difficulté à gérer une demande de RDV urgent venant d'un patient qu'elles ne connaissaient pas.

Les réponses à la question «Le fait de ne pas connaître les antécédents du patient vous gêne t-il lors du tri des demandes urgentes ?» étaient réparties de la manière suivante :

Réponses possibles	Effectifs	Pourcentage du groupe	IC à 95%
Pas du tout	17	8.6%	[4.68%- 12.5%]
Plutôt non	58	29.2%	[23.0%- 35.6%]
Plutôt oui	102	51.5%	[44.6%- 58.5%]
Tout à fait	21	10.6%	[6.3%- 14.9%]

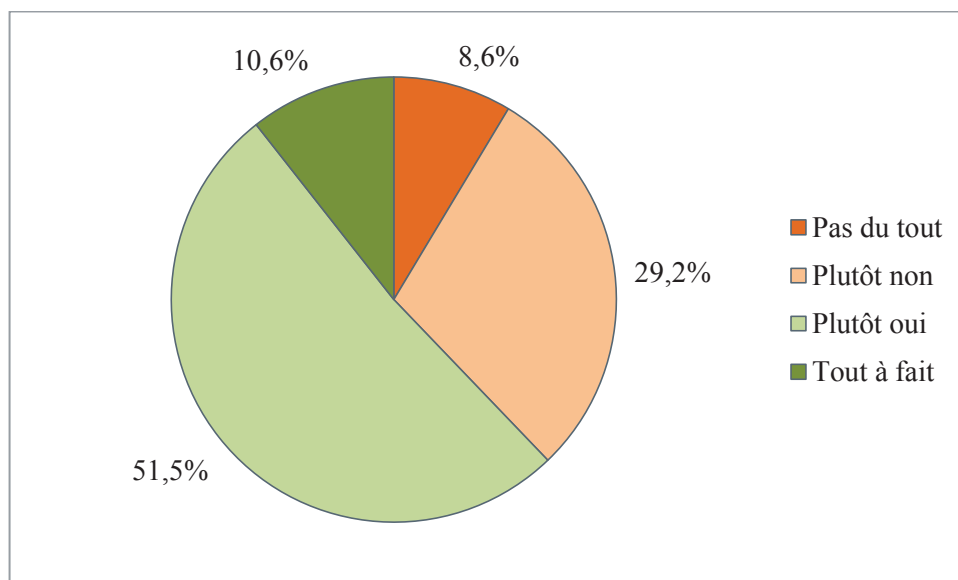


Figure n°25 : Le fait de ne pas connaître les antécédents du patient vous gêne t'il lors du tri des demandes urgentes ? (n=198)

Les secrétaires exprimaient plus de difficultés à gérer une demande de RDV urgent venant d'un patient dont elles ignoraient les antécédents.

3.3. Facteurs influençant l'obtention d'un RDV le jour même.

Nous avons décidé d'analyser différents facteurs liés soit au cabinet médical soit à la secrétaire elle-même afin de voir s'ils influençaient la capacité des secrétaires à répondre positivement à toutes les demandes urgentes auxquelles elles devaient faire face.

3.3.1. Facteurs liés au cabinet médical.

3.3.1.1. Influence de l'accès au dossier.

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents selon l'accès au dossier médical lors de l'activité de tri se répartissait comme suit :

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents

Accès au dossier	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Oui	1 0.9%	14 12.4%	27 23.9%	71 62.8%
Non	2 2.3%	12 14.1%	34 40.0%	37 43.5%

$p = 0.028$

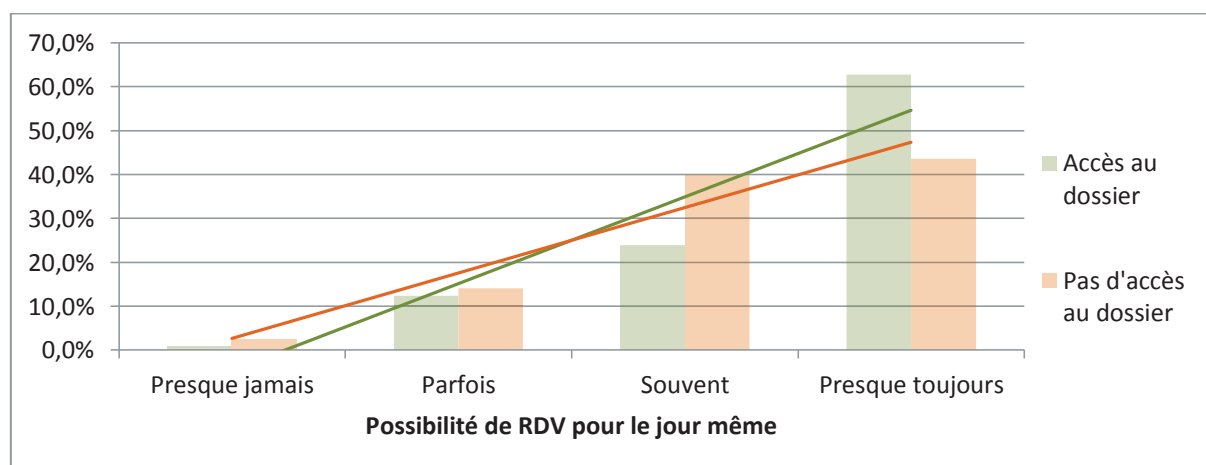


Figure n°26 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon l'accès au dossier (n=198)

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents était donc significativement ($p= 0.028$) améliorée par l'accès au dossier du patient lors de la prise du RDV.

3.3.1.2. Influence du type de cabinet médical.

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents selon le type de cabinet médical se répartissait comme suit :

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents				
Type de cabinet	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Seul	1 4.0%	6 24.0%	5 20.0%	13 52.0%
Groupe	0 0%	9 7.0%	39 30.5%	80 62.5%
Pluridisciplinaire	0 0%	1 11.1%	5 55.6%	3 33.3%

$p = 0.015$

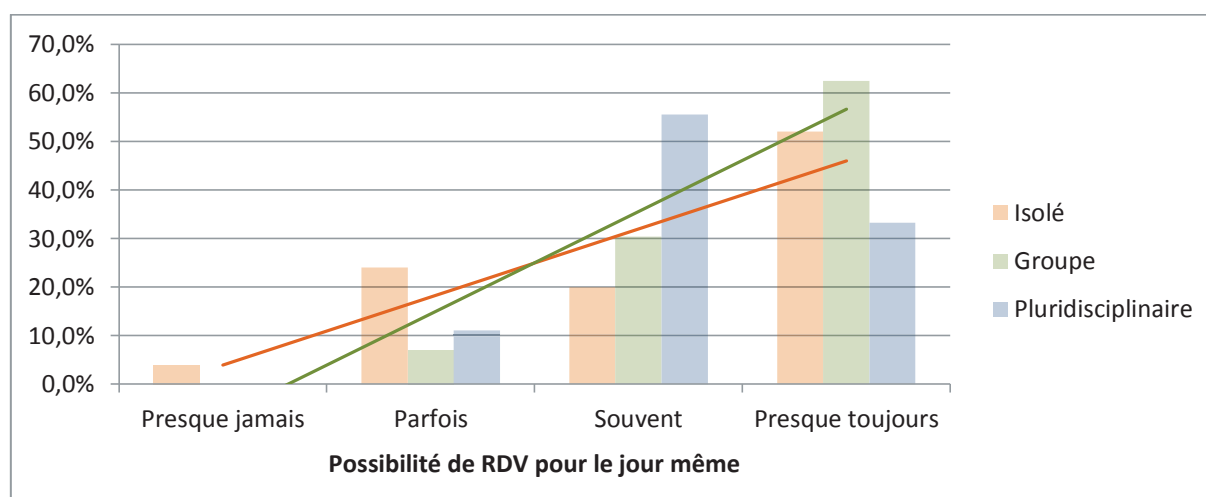


Figure n°27 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon le type de cabinet (n=162)

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents était donc significativement ($p= 0.015$) supérieure lorsque la secrétaire travaille au sein d'un cabinet de groupe ou pluridisciplinaire.

3.3.1.3. Influence du milieu d'exercice.

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents selon l'activité en milieu rural ou urbain se répartissait comme suit :

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents

Milieu	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Rural	1 2.6%	2 5.2%	5 13.1%	30 79.0%
Urbain	0 0%	14 11.3%	44 35.5%	66 53.2%

$p = 0.04$

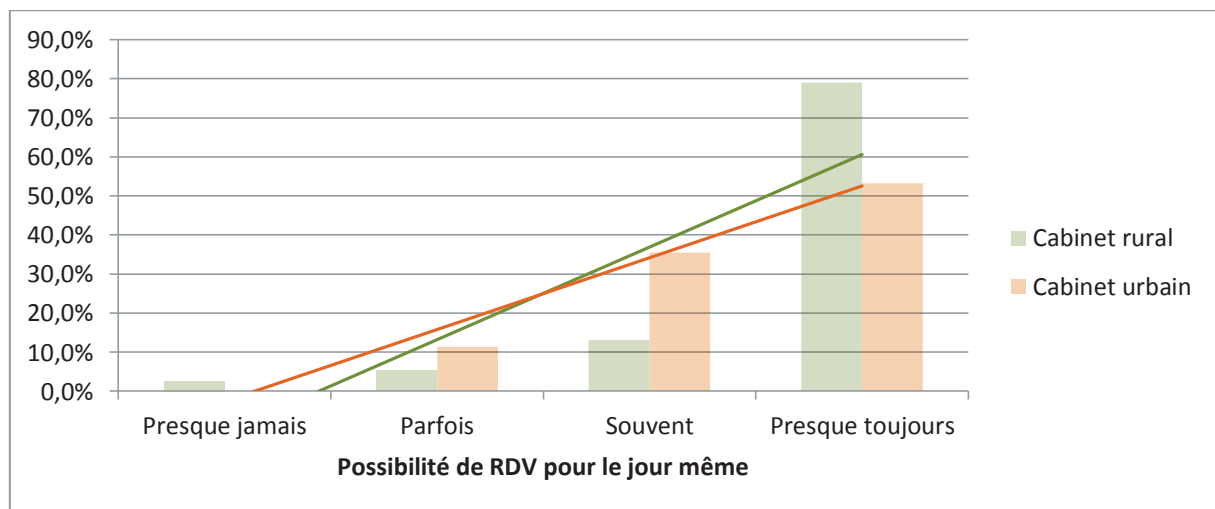


Figure n°28 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon la localisation du cabinet (n=162)

Les secrétaires travaillant au sein de cabinets situés en milieu rural parvenaient donc à répondre significativement plus fréquemment à toutes les demandes de RDV urgents ($p=0.04$).

3.3.2. Facteurs liés à la secrétaire.

3.3.2.1. Influence de l'âge et de l'expérience.

Nous avons étudié l'âge moyen des secrétaires selon leur possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes.

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Age moyen	36.3 ans	45.7 ans	43.3 ans	48.0 ans
IC 95%	[47.1-25.5]	[69.0-22.3]	[64.3-22.4]	[67.0-28.9]

La groupe qui n'arrivait « presque jamais » à donner un RDV le jour même était significativement le plus jeune ($p < 0.01$), il n'existait pas de différence significative d'âge entre les 3 autres groupes.

Nous avons ensuite étudié l'expérience moyenne des secrétaires selon leur possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes.

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Exp. moyenne	6.3 ans	12.4 ans	13.0 ans	19.1 ans
IC 95%	[0-14.3]	[0-35.3]	[0-32.2]	[0-40.4]

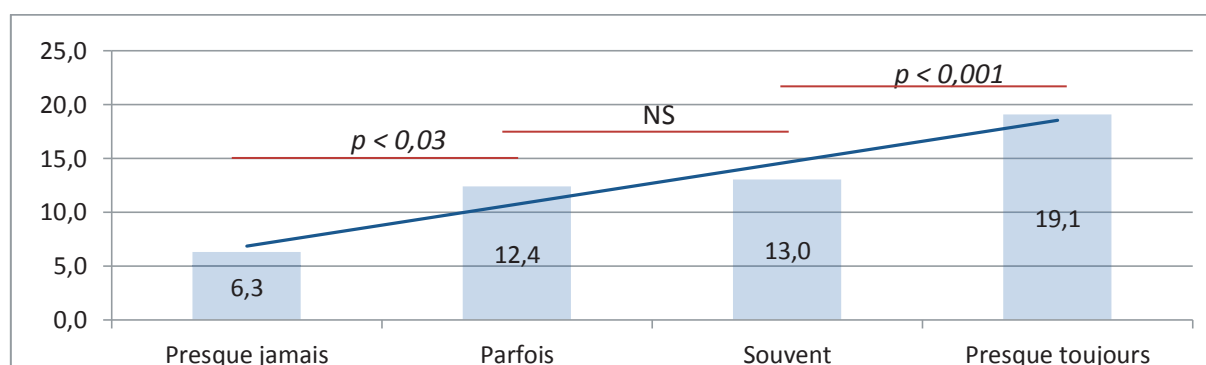


Figure n°29 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon l'expérience moyenne des secrétaires (n=198)

Le groupe qui ne parvenait « presque jamais » à répondre à toutes les demandes urgentes était significativement le moins expérimenté de même que le groupe qui y parvenait « presque toujours » était significativement le plus expérimenté.

La tendance ainsi que la moyenne d'âge des 2 groupes médians semblaient confirmer que la capacité à répondre à toutes les demandes urgentes augmentait avec les années d'expérience mais sans signification statistique (Test de Fisher-Snedecor intergroupe = 0.1)

3.3.2.2. Influence du type de secrétariat.

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents selon le type de secrétariat se répartissait comme suit :

		Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents			
Type de secrétariat		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Sur place		1 0.6%	16 9.9%	48 29.8%	96 59.6%
Distance		2 5.4%	10 27.0%	13 31.1%	12 32.4%

$p = 0.001$

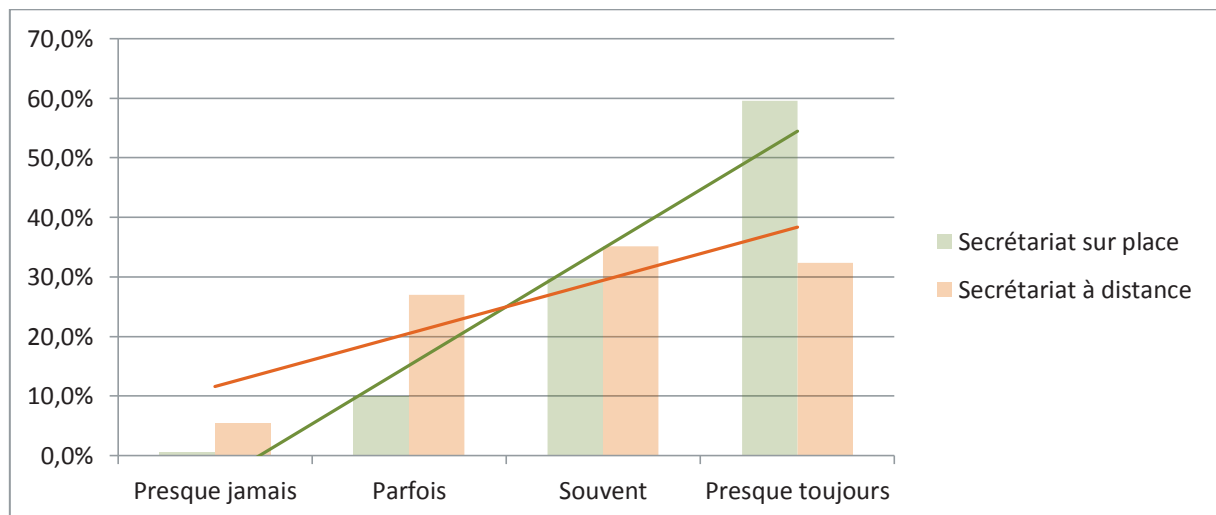


Figure n°30 : Possibilité de réponse à toutes les demandes urgentes selon le type de secrétariat (n=198)

Les secrétariats installés au sein des cabinets médicaux parvenaient significativement plus fréquemment à répondre à toutes les demandes de RDV urgents (p=0.001).

3.3.2.3. Influence de la prise de la responsabilité par la secrétaire et du niveau de compétence estimé.

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents selon la fréquence de la prise de responsabilité par la secrétaire lors de l'activité de tri ces demandes se répartissait comme suit :

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents

Responsabilité	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Jamais	0 0%	2 16.7%	3 25.0%	7 58.33%
Rarement	2 2.9%	10 14.5%	23 33.3%	34 49.3%
Souvent	0 0%	8 9%	30 33.7%	51 57.3%
En permanence	1 3.6%	6 21.4%	5 17.9%	16 57.1%

$p = 0.47$

Il n'existait aucune différence significative dans la capacité de la secrétaire à donner un RDV pour toutes les demandes urgentes en fonction du niveau de responsabilité qu'elle disait prendre.

La capacité à répondre à toutes les demandes de RDV urgents selon le niveau de compétence auto-estimé se répartissait comme suit :

Possibilité de réponse à toutes les demandes de RDV urgents

Niveau de compétence au tri	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Jamais	0 0%	0 0%	1 16.7%	5 83.3%
Rarement	0 0%	3 14.3%	6 28.6%	12 57.1%
Souvent	1 7.1%	3 21.4%	4 28.6%	6 42.9%
En permanence	2 1.3%	19 12.2%	50 32.0%	85 54.5%

$p = 0.65$

Il n'existait aucune différence significative dans la capacité de la secrétaire à donner un RDV pour toutes les demandes urgentes en fonction du niveau de compétence que les secrétaires estimaient avoir dans l'activité de tri.

4. Discussion

Notre travail s'est attaché à comprendre les mécanismes de ce qu'il convient d'appeler une régulation au sein des cabinets de médecine générale. Nous avons, dans un premier temps, cherché à caractériser l'acteur principal de cette régulation, la secrétaire médicale, puis dans un second temps, les facteurs qui interviennent dans la prise de décision de la secrétaire lorsqu'elle doit accepter ou refuser une demande de rendez-vous en urgence pour le jour même.

Nous avons ensuite étudié la relation entre ces facteurs et la faculté à donner un RDV le jour même à l'ensemble des demandes que les secrétaires avaient jugées urgentes. Enfin nous avons étudié s'il existe de véritables différences entre les 2 types de secrétariats : sur place ou à distance.

Une des plus grandes difficultés de ce travail, et sûrement aussi ce qui a constitué sa plus grande originalité, a résidé dans le fait que très peu d'études se sont portées sur l'activité de tri des secrétaires médicales.

4.1. Caractérisation d'une population peu étudiée.

Notre étude a mis en évidence une féminisation très forte de la profession (98%) en accord avec les autres études portant sur les secrétaires médicales [5]. On retrouvait au sein de cette population une surreprésentation de femmes de plus de 50 ans puisqu'elles représentaient 46% de l'effectif total. On retrouvait en revanche une expérience dans la fonction beaucoup plus faible puisque la moitié de notre population avait moins de 15 ans d'expérience. Cette différence s'expliquait très probablement par le fait que pour une majeure partie des secrétaires médicales, leur travail actuel n'était pas un choix initial de carrière [5].

On retrouvait également un taux de formation initiale très faible de 13% au sein de notre échantillon pouvant s'expliquer d'une part par cette orientation secondaire vers la profession de secrétaires médicales mais aussi par le caractère récent des certifications de formation initiale [14]. Ce faible taux de formation était exactement le même dans l'étude de J.P Copeman [15]. L'intérêt des secrétaires pour des formations professionnelles étaient cependant fort puisque 61.4% pensaient qu'une formation au tri des demandes urgentes leur serait utile. Une étude de R. Silverstone montrait une amélioration des pratiques et du vécu au travail chez les secrétaires ayant reçu une formation après leur entrée en fonction, bénéfice également constaté par le médecin généraliste qui les employait [16].

Les secrétaires ont également montré un intérêt très fort pour l'étude de leur pratique puisque sur 499 secrétaires contactés seules 15 ont refusé de participer à l'étude (3%) et sur 198 secrétariats ayant reçu le questionnaire 154 (83.2%) l'ont retourné. Ces forts taux de réponses sont constatés dans les autres études [5], [15].

4.2. La régulation des demandes urgentes par la secrétaire, une pratique réelle.

Notre étude montre qu'une très large partie des secrétaires est amenée à prendre seules des responsabilités dans le tri des demandes urgentes ainsi seulement 6.1% de notre échantillon reconnaissent ne prendre « jamais » de responsabilité seules contre 14.1% « en permanence » et 45.0% « souvent ». Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec le très faible taux de formation dans la profession 13%. Si l'expérience accumulée par les secrétaires semble améliorer significativement leur capacité à répondre à toutes les demandes et donc à les trier, on peut néanmoins se poser la question de la sécurité de ce tri pour les patients, pour les secrétaires elles-mêmes ainsi que pour les médecins qui les emploient.

Le risque médico-légal de l'activité de tri semble peu présent dans l'esprit des secrétaires puisqu'il est le dernier facteur de stress lié à l'activité de régulation. En l'absence de dispositif légal encadrant cette activité, il est de toute façon complexe d'évaluer le degré de

responsabilité qui serait retenu en cas de dégradation de l'état de santé du patient lié à la régulation par la secrétaire.

La sécurité de l'activité du triage en médecine de ville par des médecins a été établie, montrant une absence d'augmentation des re-consultations en urgences après une première demande [17], une absence d'augmentation de fréquence des services d'urgences avoisinant [18] et une absence de l'augmentation du risque de décès après régulation [19]. De la même manière, de nombreuses études ont démontré l'absence d'accroissement de ces risques lors du triage par une infirmière formée à la régulation [20] [19]. Si la sécurité, et même la satisfaction des patients [21], est avérée dans le cadre du triage par des professionnels de santé qualifiés et formés, la question reste entière en ce qui concerne le triage réalisé par des secrétaires médicales, nous n'avons trouvé aucune étude portant sur ce sujet.

4.3. Les mécanismes de réponses à une demande de RDV non programmé.

Notre étude montrait que les secrétaires étaient amenées pour 14% « en permanence » et pour 45% « souvent » à prendre seules des responsabilités lors du tri des demandes de RDV urgents. Elles étaient respectivement 10.7% et 79.2% à estimer avoir un « très bon » ou « assez bon » niveau de compétence dans le tri des urgences.

Les premiers éléments sur lesquels se basaient les secrétaires pour trier les demandes de RDV urgents étaient les éléments les plus objectifs : symptômes exprimés par le patient et antécédents du patient. Ces 2 points regroupaient près de 91% des facteurs décrits comme le plus important dans la prise de décision. Si ces éléments semblent les plus logiques, ils sont à mettre en balance avec la fiabilité que les secrétaires leur attribuaient. Ainsi pour près de 67% des secrétaires, les patients évaluaient « assez mal » leur propres symptômes et 12.2% trouvaient même qu'ils les évaluaient « très mal ». De plus 34.8% des secrétaires trouvaient que les patients mentaient « souvent » ou « presque toujours » pour faciliter l'obtention d'un RDV en urgence.

On approchait ici une des limites de la régulation téléphonique dans laquelle des éléments objectifs comme les symptômes, restaient soumis aux capacités d'auto-évaluation de chaque patient et à un biais déclaratif suggérant un risque d'erreur dans l'évaluation des situations cliniques. Une synthèse canadienne sur les effets du triage téléphonique [22], et en particulier sur les risques liés au triage, suggérait qu'il n'existait pas de hausse d'incidents indésirables liée à l'activité de tri mais toutes les études incluses portaient sur un triage effectué par des infirmières spécialisées dans cette tâche. Nous n'avons recensé aucune étude portant sur la sécurité du triage par des secrétaires médicales.

Des critères plus subjectifs intervenaient moins fréquemment dans le tri des demandes comme le « ressenti ou l'instinct » et le comportement du patient au téléphone. L'agressivité, si elle était décrite majoritairement comme peu fréquente (75.8%), était néanmoins un facteur influençant très péjorativement la probabilité d'obtention d'un RDV en urgence puisque 26% des secrétaires déclaraient donner « beaucoup moins facilement » un rdv à un patient agressif

et 57.8% « un peu moins facilement ». Les situations conflictuelles, comme le refus de la régulation et l'agressivité lors du tri, étaient également celles pour lesquelles les secrétaires s'aidaient le moins souvent du médecin (21.7% et 32.8%). Des études réalisées en Irlande [23] et en Angleterre [24] retrouvaient des conflits et des agressions beaucoup plus fréquentes que dans notre étude mais leur possible transposition à notre pays restait à prouver.

Enfin les facteurs liés à l'environnement de travail de la secrétaire étaient décrits comme peu influents, la charge de travail était le facteur le moins influent dans la prise de décision. L'activité téléphonique n'était vue comme une barrière que par 25.8% des secrétaires alors que le rôle d'intermédiaire entre le patient et son médecin était vu comme un rôle facilitateur par 82.2% des secrétaires. Seul le fait de ne pas faire partie de la patientelle habituelle du cabinet était vu comme un élément très péjoratif dans la mesure où 71.2% des secrétaires affirmaient donner beaucoup moins facilement un RDV en urgence à un patient non habituellement suivi. Cet élément pourrait s'avérer problématique dans le cadre de la pénurie médicale croissante que nous connaissons pour l'accès aux soins de nouveaux habitants ou de personnes jeunes habituellement en bonne santé ne consultant pas régulièrement un médecin alors même qu'ils représentent une large partie des patients traités en urgence [1].

4.4. Facteurs influençant la capacité à satisfaire toutes les demandes de RDV non programmés.

On retrouve une influence du type de cabinet dans lequel la secrétaire travaille, ainsi la capacité à répondre à toutes les demandes jugées urgentes est significativement supérieure au sein des cabinets ayant adopté un mode de travail en groupe par rapport au cabinet ne comprenant qu'un seul médecin. Ce constat ne peut qu'encourager la tendance au regroupement des médecins généralistes déjà entamé depuis plusieurs années [25].

On notait également une plus forte capacité à répondre aux demandes urgentes dans les cabinets exerçant en milieu rural, 79% répondaient pouvoir donner « presque toujours » un RDV à toutes les demandes urgentes contre 53.2% en ville. Cette différence peut s'expliquer par la présence de plus de structures de gestion des urgences en ville, type SOS médecin, sur lesquelles ne peuvent pas s'appuyer les médecins exerçant en milieu rural. Une étude de 2006 montrait ainsi que 13% des recours non programmés à la médecine générale étaient gérés par ce type de structure [1].

Des facteurs liés à la secrétaire influent sur la capacité à donner une réponse à toutes les demandes de RDV urgents.

Ainsi si l'âge ne paraît pas directement lié, l'expérience de la secrétaire dans le poste apparaît comme un facteur déterminant : plus l'expérience croît, plus la capacité à répondre positivement à tous les demandes jugées urgentes croît. On retrouve ainsi une expérience moyenne à 6.3 années dans le groupe qui n'arrive « presque jamais » à répondre à toutes les demandes urgentes contre une expérience moyenne à 19.1 années dans le groupe « presque toujours ».

En plus de l'expérience, l'accès au dossier médical du patient lors du tri des demandes urgentes améliore significativement la capacité de réponse à ces demandes. Ce phénomène est en accord avec la place importante que prennent les antécédents du patient dans la stratégie de tri des demandes urgentes.

En revanche, l'analyse des facteurs de variation plus interindividuels comme la prise de responsabilité lors du tri ou le niveau de compétence estimé dans cette activité ne montrait aucune différence significative dans la capacité à répondre à toutes les demandes urgentes.

L'addition de ces différents facteurs est très certainement à l'origine de la différence que l'on retrouve entre les 2 types de secrétariats : une plus grande capacité à répondre à toutes les demandes jugées urgentes chez les secrétaires sur place par rapport aux secrétaires à distance. On retrouve ainsi 59.6% de « presque toujours » chez les secrétaires sur place versus 32.4% chez les secrétaires à distance. L'explication de cette différence n'est certainement pas à chercher dans des variations de la méthode de tri mais dans 2 différences fondamentales entre ces types de secrétaires. La différence d'âge moyen (38,9 ans sur place versus 47.4ans à distance) mais surtout d'expérience moyenne (18 années sur place contre 7.3 années à distance) entre ces 2 groupes expliquent en partie les différences de possibilité de réponse à toutes les demandes. Il convient d'ajouter à cela une autre variable, si 38.9% des secrétaires sur place ont accès au dossier médical du patient seuls 5.4% des secrétaires à distance y ont accès.

4.5.Limite de l'étude et perspectives.

Notre étude a été réalisée en période estivale, permettant ainsi une plus grande disponibilité des secrétaires médicales qui sont traditionnellement moins occupées en été. Nous avons probablement induit du fait de la période une sous déclaration des difficultés à satisfaire toute les demandes de RDV urgents.

Comme toute étude basée sur un questionnaire d'auto-évaluation de la pratique notre étude est soumise à un biais déclaratif.

Quelques critiques sont aussi apparues sur notre questionnaire :

- A la question 4 « Lorsque le planning est complet, un patient non suivi au cabinet, obtient-il un RDV le jour même ?», nous avons volontairement mis 2 réponses « facilitatrices » et 2 traduisant une difficulté accrue pour obtenir un RDV. Ce choix avait été fait pour diriger les secrétaires vers un des 2 cotés. A la vue des réponses une proposition intermédiaire de type « n'intervient pas » aurait dû être proposée afin de mieux cerner ce phénomène.

- A la question 9 « Vous n'avez plus aucun RDV disponible à donner au patient qui demande un rdv le jour même. Cochez dans quelles situations vous faites systématiquement appel au médecin soit en lui passant l'appel soit en lui laissant un message ? ». Une sous question portant sur l'attitude adoptée en cas de non recours au médecin aurait été utile. En effet, on peut légitimement se demander ce qui se passe quand une secrétaire ne « sait pas si c'est urgent ou pas » et qu'elle n'a pas recours à l'aide du médecin.

Enfin, cette étude serait utilement complétée par une autre étude portant sur l'autre acteur intervenant lors de tri des demandes de RDV urgents : le patient. Car mieux comprendre les mécanismes utilisés par le patient pour exprimer les demandes qu'il juge urgentes permettrait de mieux les trier. De plus connaître la satisfaction ou l'insatisfaction des patients liés à cette activité de tri serait intéressant.

5. Conclusion

Notre étude a montré que la régulation des demandes de recours urgents ou non programmés par les secrétaires médicales est un phénomène ancré dans la pratique. S'il n'existe à ce jour pas de cadre juridique à cette activité, il paraît essentiel de le développer afin de l'encadrer et de la sécuriser.

Si la méthode de tri des demandes urgentes, basée principalement sur les symptômes et les antécédents des patients, apparaît adaptée on peut néanmoins s'inquiéter du très faible taux de formation dans la profession. Il convient donc de favoriser l'accès aux formations initiales et de développer les formations continues, d'autant plus que celles-ci intéressent les secrétaires médicales.

Nous avons démontré que des éléments simples comme l'accès au dossier médical lors du tri d'une demande et l'expérience accumulée par les secrétaires facilitaient la régulation des demandes urgentes. On ne peut donc qu'encourager la mise en place de conditions de travail favorables permettant un partage des informations utiles, notamment via l'informatisation des secrétariats, et un maintien durable dans l'emploi afin d'augmenter le nombre de secrétaires médicales « sénior ».

Enfin une réflexion sur la place et le rôle des infirmières libérales au sein des cabinets de médecine générale semble intéressante à la vue des résultats obtenus dans la régulation et dans le traitement des demandes urgentes par les pays ayant facilité ce mode de fonctionnement.

Références bibliographiques

- 1 Marie GOUYON, Géraldine LABARTHE, 2006 ; Les recours urgents ou non programmés en médecine générale ; Etudes et Résultats, CREES, n°471, Mars 2006.
- 2 Julie Micheau, Éric Molière ; Activité et emplois du temps des médecins libéraux ; Plein SENS, n° 98 – mai 2010
- 3 Arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e), JORF n°8 du 11 janvier 2005 page 444
- 4 Arrêté du 10 décembre 2007 portant révision de l'arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e), JORF n°0005 du 6 janvier 2008 page 382
- 5 Maggi EISNER, Nicky BRTITEN; What do general practice receptionists think and feel about their work? ; British Journal of General Practice, Février 1999.
- 6 Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmé dans le cadre de la régulation médicale ; HAS, Mars 2011
- 7 GOBDER GE. ; General Medical Services, Report of the joint working party; LONDON HMSO, 1974 : 13-16
- 8 Moyez JIWA, Nigel MATHERS; The effect of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointments; British Journal of General Practice, May 2002
- 9 David A Richards, Joan Meakins, Jane Tawfik; Nurse telephone triage for same day appointments in general practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs; BMJ 2002; 325
- 10 Paul Kinnersley, Elizabeth Anderson; Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care; BMJ 2000;320
- 11 Y. BOURGUEIL, A. MAREK, J. MOUSQUES ; La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada ; Etudes et Résultats, n°406, Juin 2005
- 12 Dr. Xavier DEAU, L'activité médicale téléphonique auprès du patient :Peut-on admettre la prescription téléphonique et à quelles conditions ? ; Rapport adopté à la session du Conseil national de l'Ordre des médecins le 15 octobre 2004
- 13 Base communale des aires urbaines 2010 : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/aires_urbaines.htm
- 14 Le Répertoire National des Certifications Professionnelles : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=481>
- 15 J.P. Copeman, T.D. Van Zwanenberg; Practice receptionists: poorly trained and taken for granted? ; Journal of the Royal College of General Practitioners, 1988, 38, 14-16.
- 16 Rosalie Silverstone, Lesley Southgate, M.R. Salkind; Evaluation of a training scheme for receptionists in general practice; Journal of the Royal College of General Practitioners, 1983, 33, 511-513.
- 17 McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. Br J Gen Pract 2002;52(477):306-10.
- 18 Darnell JC, Hiner SL, Neill PJ, Mamlin JJ, McDonald CJ, Hui SL, et al; After-hours telephone access to physicians with access to computerized medical records. Experience in an inner-city general medicine clinic; Med Care 1985;23(1):20-6.

- 19 Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al.; Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial; *BMJ* 1998;317(7165):1054-9.
- 20 Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J, et al. ; Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation; *BMJ* 1999;319(7222):1408.
- 21 Frances Bunn, Geraldine Byrne and Sally Kendall ; The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review ; *British Journal of General Practice*, December 2005, 956-961.
- 22 Stacey D, Noorani HZ, Fisher A, Robinson D, Joyce J, Pong RW; Le télétriage : étude méthodique et enquête auprès des centres d'appels canadiens ; Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; 2003. Rapport technologique no 43.
- 23 Frank Chambers, M Kelly ; Violence at Work: The Experience of General Practice Receptionists ; *Ir Med J*. 2006 Jun;99(6):169-71.
- 24 Dixon CAJ, Tomkins CNE, Allgar VL, Wright NMJ; Abusive behaviour experienced by primary care receptionists: a cross sectional survey; *Family Practice* 2004; 21:137-139.
- 25 François Baudiera, Yann Bourgueilb, Isabelle Evrardc, Arnaud Gautierd, Philippe Le Furb, Julien Mousquès ; La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 ; *Questions d'économie de la santé* n° 157 - Septembre 2010

4/ Lorsque le planning est complet, un patient non suivi au cabinet, obtient-il un RDV le jour même ?

Beaucoup moins facilement	Un peu moins facilement	Un peu plus facilement	Beaucoup plus facilement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5/ Qu'est ce qui d'après vous influence le plus le délai d'obtention d'un RDV lorsque le planning est complet ?
Classez les de la moins influente (=1) à la plus influente (=6).

Les symptômes exprimés	...
Votre ressenti ou votre instinct	...
Le comportement du patient au téléphone	...
Le comportement du médecin	...
Les antécédents du patient	...
La charge de travail de la secrétaire	...

6/ Pour vous, comment le patient évalue t-il l'urgence de sa demande ?

Très mal	Assez mal	Assez Bien	Très Bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7/ Avez-vous l'impression que les patients mentent pour obtenir un RDV rapidement ?

Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8/ Estimez-vous que le téléphone soit une barrière pour évaluer le degré d'urgence d'une demande ?

Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9/ Vous n'avez plus aucun RDV disponible à donner au patient qui demande un rdv le jour même.
Cochez dans quelles situations vous faites systématiquement appel au médecin soit en lui passant l'appel soit en lui laissant un message ? Plusieurs réponses possibles

- si le patient insiste vraiment en disant que c'est urgent
- si le patient est agressif envers vous ou s'il vous menace
- si vous ne savez pas si c'est urgent ou pas
- si le patient refuse de donner le motif de sa demande
- si le patient exige de parler au médecin directement

10/ Il vous est impossible de donner un RDV à une demande que vous jugez pourtant urgente, qu'est-ce qui vous stresse le plus ?

Classez les propositions de la moins stressante (=1) à la plus stressante (=5)

Passer à côté d'une urgence	...
Les poursuites médico-légales	...
Les reproches du médecin	...
Le mécontentement du patient	...
Laisser un patient sans solution	...

11/ Votre travail vous place entre le médecin et son patient.

Du fait de cette position, trouvez-vous que le patient vous donne des informations sur sa santé ?

Beaucoup moins
facilement

Un peu moins
facilement

Un peu plus
facilement

Beaucoup plus
facilement

12/ Comment estimez-vous votre niveau de compétence dans le tri des urgences ?

Très insuffisant

Assez insuffisant

Assez bon

Très bon

13/ Pensez-vous qu'une formation au tri des urgences vous serait utile ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

14/ Etes-vous amenée à prendre seule des responsabilités lors du tri des demandes urgentes ?

Jamais

Rarement

Souvent

En permanence

15/ Cette prise de responsabilité est-elle source de stress ?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

16/ Avez-vous accès au dossier médical du patient (antécédents, âge, traitement) lors de la prise d'un rdv ?

Oui

Non

17/ Le fait de ne pas connaître le patient (personnalité, comportement du patient au téléphone) vous gêne t'il lors du tri des demandes urgentes ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

18/ Le fait de ne pas connaître les antécédents du patient vous gêne t'il lors du tri des demandes urgentes ?

Pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

Serment

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé et mots clés

Une grande partie de la demande de soins non programmée est prise en charge par la Médecine générale de ville. Devant une baisse continue de la démographie médicale, associée à une modification des pratiques, et une augmentation de la demande de soins, liée en partie au vieillissement de la population, il est devenu de plus en plus complexe de recevoir en consultation toutes les demandes urgentes. La première étape de l'accès aux soins urgents dans les cabinets médicaux de médecine générale est ainsi liée à l'activité de régulation par la secrétaire médicale.

OBJECTIF : Décrire une population très peu étudiée. Evaluer la capacité à répondre à toutes les demandes de rendez-vous urgents pour le jour même et les déterminants modifiant de l'obtention de ce type de rendez-vous.

METHODE : Etude transversale à visée descriptive à l'aide d'un questionnaire soumis à des secrétaires médicales travaillant pour des cabinets de médecine générale en Haute-Normandie.

RESULTATS ET ANALYSES : 198 secrétaires ont été incluses. Le taux de participation à l'étude était de 83%. On retrouvait une population féminine à 98% avec un âge moyen de 46 ans, une expérience moyenne de 16 années et un taux de formation initiale de 13%.

59.1% des secrétaires interrogées reconnaissaient prendre régulièrement seules des responsabilités dans le tri des demandes de rendez-vous urgents. Le tri de ces demandes se basait principalement sur les symptômes exprimés et sur les antécédents du patient.

L'expérience accumulée par la secrétaire et son accès au dossier médical des patients étaient des facteurs améliorant significativement la capacité à trier toutes les demandes urgentes.

CONCLUSION : Notre étude a montré que la régulation des demandes de recours urgents ou non programmés par les secrétaires médicales est un phénomène ancré dans la pratique. S'il n'existe à ce jour pas de cadre juridique à cette activité il paraît essentiel de le développer afin de l'encadrer et de la sécuriser. Il est essentiel de développer les filières de formations, qu'elles soient initiales ou continues

MOTS CLES : Secrétaires médicaux - Triage téléphonique - Soins urgents - Médecine Générale